

# Pobieranie ubezpieczenia i zgoda na ujawnienie informacji

Aby wesprzeć jak największą liczbę rodzin, Connecticut (CT) Birth to Three System (System Connecticut (CT) od urodzin do wieku 3 lat) jest finansowany przez fundusze stanowe i federalne, Medicaid oraz prywatne ubezpieczenie zdrowotne.



Imię dziecka: \_\_\_\_\_

Numer Birth to Three: \_\_\_\_\_

## HUSKY A, C lub brak ubezpieczenia

Numer HUSKY A lub C: #

Zgoda na udostępnienie informacji została wyrażona podczas rejestracji w HUSKY i nie jest wymagana w tym formularzu.

- Moje dziecko nie jest objęte ubezpieczeniem HUSKY A lub C. Rozumiem, że nie mam obowiązku zapisywania się do ubezpieczenia publicznego.
- Jeśli zdecyduję się przystąpić do ubezpieczenia publicznego, wyrażam zgodę na wystawienie rachunku HUSKY A lub C za usługi Birth to Three.

## Ubezpieczenie prywatne lub HUSKY B

Rozumiem że:

- Aby móc korzystać z usług, nie muszę zapisywać się do publicznego lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.
  - Mój plan może być zwolniony z obowiązku ubezpieczenia CT, a ustawa Affordable Care Act (Ustawa o Przystępnej Opiece Zdrowotnej) może, ale nie musi, uniemożliwić mojemu planowi negatywny wpływ na moje zabezpieczenia, takie jak stosowanie płatności do maksymalnych rocznych lub dożywotnich limitów polisy.
  - Mogę mieć HRA lub HSA, które są skonfigurowane do automatycznego wypłacania roszczeń ubezpieczeniowych. Rozumiem, że mogę zmienić funkcję automatycznej wypłaty, kontaktując się z moim ubezpieczycielem i/lub pracodawcą. Jeśli jednak wyrażę zgodę na upoważnienie do wystawienia rachunku za ubezpieczenie prywatne lub HUSKY B, środki te mogą zostać wypłacone.
  - Jeśli zwrot kosztów z prywatnego ubezpieczenia jest wysyłany bezpośrednio do mnie, muszę przekazać tę płatność mojemu programowi Birth to Three.
  - Jeśli moje dziecko posiada ubezpieczenie publiczne jako ubezpieczenie dodatkowe, muszę najpierw wyrazić zgodę na wystawienie rachunku z mojego prywatnego ubezpieczenia, aby uzyskać dostęp do tego źródła płatności.
  - Niniejsze zezwolenie pozostaje w mocy przez okres, gdy moje dziecko jest zarejestrowane w Systemie CT Birth to Three lub do momentu wycofania przez mnie zezwolenia.
  - Wyrażam zgodę na powiadomienie mojego koordynatora usługi w przypadku uzyskania nowego ubezpieczenia.
  - Moja zgoda na fakturowanie lub jej brak jest dobrowolna i może zostać odwołana na piśmie w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie działa wstecz (nie dotyczy czynności, które miały miejsce przed wycofaniem zgody).
  - Moja zgoda musi zostać uzyskana w przypadku zwiększenia częstotliwości, długości, czasu trwania lub intensywności świadczenia usług w ramach IFSP (Indywidualny plan pomocy rodzinie) mojego dziecka.
  - Moje dziecko i rodzina otrzymają ocenę oraz, jeśli się kwalifikują, oszacowanie, IFSP, określone usługi i wsparcie bez opóźnienia lub odmowy, niezależnie od tego, czy wyrażę zgodę na rozliczenie ubezpieczenia i ujawnienie informacji.
- Wyrażam zgodę** na wystawienie rachunku dla prywatnego ubezpieczenia lub HUSKY B w imieniu mojego dziecka, które jest oceniane i w rezultacie może zostać zapisane do systemu CT Birth to Three. W ten sposób udostępniam wszystkie informacje medyczne lub inne informacje niezbędne do rozpatrzenia wszystkich roszczeń dotyczących usług i wsparcia wymienionych w sekcji 6 IFSP, w tym ewaluacji, ocen i spotkań IFSP. Rozumiem, że nie będę musiał/a pokrywać żadnych wydatków bieżących, w tym współpłatności oraz udziału własnego.
- Wyrażam zgodę** na ujawnienie informacji medycznych lub innych informacji niezbędnych do przetwarzania wypłat ubezpieczeniowych w imieniu mojego dziecka, które jest oceniane i w rezultacie może zostać zapisane do systemu CT Birth to Three.
- Nie wyrażam zgody** na wystawienie rachunku dla prywatnego ubezpieczenia mojego dziecka lub HUSKY B ani nie upoważniam do ujawnienia informacji medycznych lub innych informacji niezbędnych do rozpatrzenia roszczeń ubezpieczeniowych w imieniu mojego dziecka.
- Wycofuję zgodę** na wystawianie rachunków i udostępnianie informacji medycznych lub innych niezbędnych do rozpatrywania roszczeń ubezpieczeniowych w imieniu mojego dziecka.

## Zestawienie

Podstawowe  Dodatkowe

Nazwa ubezpieczyciela: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko posiadacza polisy: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Numer telefonu ubezpieczyciela: \_\_\_\_\_

Data wejścia w życie: \_\_\_\_\_

Numer członkowski: \_\_\_\_\_

Numer grupy: \_\_\_\_\_

## Potwierdzenie i zrozumienie:

- Otrzymałem kopię Praw Rodzica wraz z Systemem Płatności.** Informacje te obejmują opcje rozstrzygnięcia sporów, z których mogę skorzystać, jeśli w dowolnym momencie nie zgodzę się z jakimikolwiek decyzjami, w tym z rozliczeniem ubezpieczenia publicznego lub prywatnego. Prawa te zostały mi wyjaśnione w moim ojczystym języku lub w moim sposobie komunikacji.

Imię i nazwisko (wielkimi literami): \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_