

బీమా సేకరణ మరియు సమాచారాన్ని

విడుదల చేయడానికి సమ్మతి

వీలైనన్ని ఎక్కువ కుటుంబాలకు మద్దతు ఇవ్వాలనే ఉద్దేశంతో, Connecticut (CT, కనెక్టికట్) Birth to Three System (బర్త్ టూ త్రీ సిస్టమ్) కి కావాల్సిన నిధులను రాష్ట్ర మరియు సమాఖ్య నిధులతో పాటు Medicaid మరియు ప్రైవేట్ ఆరోగ్య బీమా నుండి సంయుక్తంగా నిధులు సమకూరుస్తున్నారు.



చిన్నారి పేరు: _____

Birth to Three #: _____

HUSKY A, C, లేదా కవరేజీ లేదు

HUSKY A లేదా C నంబర్: # _____

HUSKYలో చేరినప్పుడు సమాచారాన్ని పంపిణీ చేయడానికి సమ్మతి ఇచ్చారు కాబట్టి ఈ సారాంశంలో అది అవసరం లేదు.

HUSKY A లేదా C ఇన్సూరెన్స్ ద్వారా నా చిన్నారి కవరేజీ కావడం లేదు. పబ్లిక్ ఇన్సూరెన్స్ కోసం నేను ప్రైవేట్ అవ్వాలని లేదా అందులో నమోదు చేసుకోవాలని అవసరం లేదని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

పబ్లిక్ ఇన్సూరెన్స్లో నమోదు చేసుకోవాలని నేను ఎందుకుంటే, Birth to Three సర్వీసుల కోసం నేను HUSKY A లేదా C నుండి బిల్లులు వసూలు చేసుకోవడానికి సమ్మతి ఇచ్చినట్లు అవుతుంది.

ప్రైవేట్ ఇన్సూరెన్స్ లేదా HUSKY B

నేను వీటిని అర్థం చేసుకున్నాను:

- సేవలు అందడానికి నేను పబ్లిక్ లేదా ప్రైవేట్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కోసం ప్రైవేట్ అవ్వాలని లేదా అందులో నమోదు చేసుకోవాలని అవసరం లేదు.
 - CT బీమా ఉత్తమపులు నుండి నా ప్లాన్ మినహాయించబడవచ్చు మరియు పాలిసికి సంబంధించిన గరిష్ట వ్యాజ్యం లేదా జీవితకాల పరిమితుల మీద చెల్లింపులు వర్తింపజేయడం లాంటి నా రక్షణలను నా ప్లాన్ ప్రతికూలంగా ప్రభావితం చేయకుండా Affordable Care Act (అఫోర్టబుల్ కేర్ యాక్ట్) నిరోధించవచ్చు లేదా నిరోధించకపోవచ్చు.
 - బీమా క్లెయిమ్ను ఆటోమేటిక్ గా ఉపసంహరించుకునేలా సెటప్ చేసిన Health Reimbursement Account (HRA), హెల్త్ రీయింబర్స్మెంట్ అకౌంట్) లేదా Health Savings Account (HSA, హెల్త్ సేవింగ్స్ అకౌంట్) నాకు ఉండవచ్చు. నా బీమా మరియు/లేదా యజమానిని సంప్రదించి ఆటోమేటిక్ గా ఉపసంహరించుకునే సదుపాయాన్ని నేను మార్చుకోవచ్చని అర్థం చేసుకున్నాను. అయితే, ప్రైవేట్ బీమా లేదా HUSKY B బిల్లులు చెల్లించేలా ఆమోదించడానికి నేను సమ్మతిస్తే, ఆ నిధులు ఉపసంహరించబడవచ్చు.
 - ప్రైవేట్ బీమా రీయింబర్స్మెంట్ నాకు నేర్పాటు పంపబడితే, నేను ఆ చెల్లింపును తప్పనిసరిగా నా Birth to Three ప్రోగ్రామ్ కి పంపాలి.
 - పబ్లిక్ బీమా అనేది నా చిన్నారి ద్వితీయ బీమాగా ఉంటే, ఖర్చును భరించేవారిని సంప్రదించేలా ముందుగా నేను నా ప్రైవేట్ బీమా బిల్లుల చెల్లింపుల కోసం సమ్మతి ఇవ్వాలి.
 - CT Birth to Three Systemలో నా చిన్నారి నమోదు చేయబడి ఉన్న సమయంలో సమ్మతి అమలులో ఉంటుంది లేదా సమ్మతి ఉపసంహరణ కోసం నేను సంతకం చేస్తాను.
 - నేను కొత్త బీమా తీసుకున్నట్లుంటే, నా సేవ సమన్వయకర్తకు తెలియజేయడానికి అంగీకరిస్తున్నాను.
 - బిల్లులు వసూలు చేసేలా అనుమతించడానికి లేదా నిరాకరించడానికి నా సమ్మతి స్వచ్ఛందంగా ఉంటుంది మరియు ఎప్పుడైనా సరే దానిని రాతపూర్వకంగా రద్దు చేసుకోవచ్చు. అలా ఉపసంహరిస్తే పాత షరతులు లేదా పరిస్థితులు ఇక చెల్లవు (సమ్మతి ఉపసంహరణకు ముందు జరిగిన ఏదైనా చర్యలకు ఇది వర్తింపదు.)
 - నా చిన్నారి Individualized Family Service Plan (IFSP, వ్యక్తిగతీకరించిన కుటుంబ సేవ ప్రణాళిక) లో భాగంగా అందించే సేవలు ఎక్కువపాళ్ళు కావాలన్నా, నిడివి, వ్యవధి లేదా తీవ్రత పెంచాలన్నా, తప్పనిసరిగా నా సమ్మతి తీసుకోవాలి.
 - నా చిన్నారికి మరియు కుటుంబానికి ఒక మూల్యాంకనం ఇస్తారు, అర్హత ఉంటే, బీమా సంస్థల నుండి బిల్లు వసూలు చేయడం కోసం మరియు విడుదల సమాచారం అందించడం కోసం నేను సమ్మతి అందించినా అందించకపోయినా, ఆలస్యం లేదా తిరస్కారం లేకుండానే మదింపు, IFSP, నిర్దేశిత సేవలు మరియు సహాయ సహకారాలు అందుతాయి.
- మూల్యాంకనం చేయబడుతున్న నా చిన్నారి తరపున ప్రైవేట్ బీమా లేదా HUSKY B బిల్లులు చెల్లించేలా నేను సమ్మతి ఇస్తున్నాను మరియు దానివల్ల, నా చిన్నారి CT Birth to Three Systemలో నమోదు చేయబడవచ్చు. అలా చేయడం ద్వారా మూల్యాంకనాలు, మదింపులు మరియు IFSP సమావేశాలు వంటివి జరగడానికి, అలాగే IFSPలోని సెక్షన్ 6లో ప్రస్తావించబడిన సేవలు మరియు సహాయ సహకారాల కోసం అన్ని క్లెయిమ్లు ప్రాసెస్ అవ్వడానికి అవసరమైన అన్ని వైద్య లేదా ఇతర సమాచారాన్ని నేను విడుదల చేస్తున్నాను. సహ-చెల్లింపులు మరియు తగ్గింపులతో సహా, నా జేబు నుండి ఏదీ చెల్లించాల్సిన అవసరం లేదని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- మూల్యాంకనం చేయబడుతున్న మరియు తత్ఫలితంగా CT Birth to Three Systemలో నమోదు చేయబడి అవకాశం ఉన్న నా చిన్నారి తరపున బీమా క్లెయిమ్లు ప్రాసెస్ చేయడానికి అవసరమైన వైద్య లేదా ఇతర సమాచారం విడుదల చేసే అధికారం ఇవ్వడానికి నేను సమ్మతిస్తున్నాను.
- నా చిన్నారి ప్రైవేట్ బీమా లేదా HUSKY B బిల్లులు చెల్లించడానికి నేను సమ్మతించను. అలాగే, నా చిన్నారి తరపున బీమా క్లెయిమ్లు ప్రాసెస్ చేయడానికి అవసరమైన వైద్య లేదా ఇతర సమాచారం విడుదల చేయడానికి నేను అధికారం ఇవ్వను.
- నా చిన్నారి తరపున బీమా క్లెయిమ్లు ప్రాసెస్ చేయడానికి అవసరమైన బిల్లుల చెల్లింపుల కోసం, వైద్య లేదా ఇతర సమాచారం విడుదల కోసం అధికారం ఇవ్వడానికి నేను సమ్మతి ఉపసంహరించుకుంటున్నాను.

సేకరణ ప్రాథమిక ద్వితీయ

బీమా పేరు: _____	పాలసీదారు పేరు: _____	పుట్టిన తేదీ: _____
బీమా ఫోన్ నంబర్: _____	అమల్లోకి వచ్చే తేదీ: _____	
మెంబర్ నంబర్: _____	గ్రూప్ నంబర్: _____	

అంగీకారం మరియు అవగాహన:

చెల్లించే విధానంతోపాటు తల్లిదండ్రుల హక్కుల కాపీ నాకు అందింది. పబ్లిక్ లేదా ప్రైవేట్ బీమా బిల్లుల చెల్లింపులతో సహా, ఏదైనా నిర్ణయాలతో నేను ఏకీభవించడం లేదని నేను ఏ సమయంలోనైనా నిర్ణయించుకున్నప్పుడు, నేను ఉపయోగించగల వివాద పరిష్కారం ఎంపికలకు సంబంధించిన సమాచారం కూడా దీనిలో ఉంది. ఈ హక్కుల గురించి నాకు నా మాతృభాషలో లేదా నాకు అర్థమయ్యే విధానంలో వివరించారు.

ముద్రిత పేరు: _____ సంతకం: _____ తేదీ: _____