

انشورنس کی معلومات کی جمع کاری اور انکشاف کے لیے رضامندی



جس قدر خاندانوں کی معاونت ممکن ہو، Connecticut (CT) Birth to Three System (کنیکٹیکٹ (CT) پیدائش سے تین سال تک کا سسٹم) کو ریاستی اور وفاقی فنڈز کے مجموعے، Medicaid، اور صحت کی نجی انشورنس کے ذریعے فنڈ کیا جاتا ہے۔

Birth to Three # (پیدائش سے تین سال تک کا نمبر): _____

بچے/بچی کا نام: _____

HUSKY A، C، یا کوئی کوریج نہیں

HUSKY A یا C کا نمبر: # _____

HUSKY میں اندراج کرتے وقت معلومات کے اشتراک کے لیے رضامندی فراہم کی گئی تھی جو اس فارم میں درکار نہیں ہے۔

میرے بچے کا HUSKY A یا C انشورنس کے ذریعے احاطہ نہیں کیا گیا ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے پبلک انشورنس کے لیے سائن اپ کرنے یا اندراج کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

اگر میں پبلک ہیلتھ انشورنس میں اندراج کا انتخاب کرتا/کرتی ہوں، تو میں Birth to Three خدمات کے لیے HUSKY A یا C کو بل کرنے پر رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔

پرائیویٹ انشورنس یا HUSKY B

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ:

- مجھے خدمات وصول کرنے کی خاطر پبلک یا پرائیویٹ ہیلتھ انشورنس کے لیے سائن اپ کرنے، یا اندراج کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔
- میرا منصوبہ سی ٹی انشورنس مینٹیننس سے مستثنیٰ ہو سکتا ہے، اور (افورڈیبل کیئر ایکٹ) Affordable Care Act پالیسی کی زیادہ سے زیادہ سالانہ یا تا حیات حدود کے برخلاف ایسی ادائیگیوں سے آپ کے منصوبے کو محفوظ رکھتا ہو یا شاید محفوظ نہ رکھتا ہو۔
- میرے پاس ایک HRA یا HSA ہو سکتا ہے جو انشورنس کے دعویٰ کو خود بخود واپس لینے کے لیے ترتیب دیا گیا ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اپنی انشورنس والوں اور/یا آجر سے رابطہ کر کے خود کار واپسی کی خصوصیت کو تبدیل کر سکتا/سکتی ہوں۔ تاہم، اگر میں پرائیویٹ انشورنس یا HUSKY B کو بل دینے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں، تو ان فنڈز کو واپس لیا جا سکتا ہے۔
- اگر پرائیویٹ انشورنس کی ادائیگی براہ راست مجھے بھیجی جاتی ہے، تو مجھے وہ ادائیگی اپنے Birth to Three پروگرام کو بھیجی جاوے۔
- اگر میرے بچے کے پاس ثانوی انشورنس کے طور پر پبلک انشورنس ہے، تو اس ادا کنندہ کے ذریعہ تک رسائی حاصل کرنے کے لیے مجھے پہلے اپنی پرائیویٹ انشورنس کو بل کی ادائیگی کے لیے رضامندی فراہم کرنی چاہیے۔
- رضامندی میرے بچے کی CT Birth to Three سسٹم کی مدت کے لیے، یا جب تک کہ میں رضامندی کی منسوخی پر دستخط نہیں کرتا/کرتی اس وقت تک مؤثر رہتی ہے۔
- اگر میں نئی انشورنس حاصل کرتا/کرتی ہوں، تو میں اپنے متعلقہ سروس کو آرڈینیشنر کو مطلع کرنے سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔
- بلنگ کی اجازت دینے یا نہ دینے کی میری رضامندی رضاکارانہ ہے اور کسی بھی وقت تحریری طور پر منسوخ کی جا سکتی ہے۔ اس طرح کی منسوخی مؤثر بہ ماضی (اس کا اطلاق رضامندی کی منسوخی سے پہلے اٹھانے گئے کسی بھی اقدام پر نہیں ہوتا ہے)۔
- اگر میرے Individualized Family Service Plan (انفرادی فیملی سروس پلان، IFSP) میں خدمات کی فراہمی میں تعدد، لمبائی، مدت، یا شدت میں اضافہ ہو، تو میری رضامندی حاصل کی جانی چاہیے۔
- میرے بچے اور اہل خانہ کی ایک تشخیص ہو گی اور، اہل پائے جانے کی صورت میں وہ معائنہ، IFSP، مخصوص خدمات اور معاونت بغیر کسی تاخیر یا انکار کے حاصل کریں گے چاہے میں انشورنس کے لیے بل بھیجنے اور معلومات کے اجراء کے لیے رضامندی فراہم کرتا/کرتی ہوں یا نہیں۔
- مجھے اپنے بچے کی طرف سے نجی انشورنس یا HUSKY B کے اخراجات کی ادائیگی کرنا **منظور ہے**، جس کا معائنہ کیا جا رہا ہے اور اس کے نتیجے میں اس کا CT Birth to Three سسٹم میں اندراج کیا جا سکتا ہے۔ ایسا کرنے سے میں IFSP کے سیکشن 6 میں درج خدمات اور معاونت کے تمام دعویٰ جات پر کارروائی کرنے کے لیے تمام ضروری طبی یا دیگر معلومات جاری کرتا/کرتی ہوں، بشمول تشخیصات، معائنہ جات اور IFSP ملاقاتیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے براہ راست اخراجات بشمول مقرر کردہ ادائیگی اور گٹوٹیوں کی ادائیگی نہیں کرنی پڑے گی۔
- میں اپنے اس بچے کی طرف سے انشورنس کے دعویٰ جات پر کارروائی کرنے کے لیے صحت کی یا دیگر ضروری معلومات کے انکشاف کی **اجازت دیتا/دیتی** ہوں، جس کا معائنہ کیا جا رہا ہے اور اس کے نتیجے میں اس کا CT Birth to Three سسٹم میں اندراج کیا جا سکتا ہے۔
- میں پرائیویٹ انشورنس کے اخراجات یا HUSKY B کی ادائیگی سے **اتفاق نہیں کرتا** اور نہ ہی اپنے بچے کی طرف سے انشورنس کے دعویٰ جات پر کارروائی کرنے کے لیے صحت کی یا دیگر ضروری معلومات کے انکشاف کے لیے رضامندی فراہم کرتا/کرتی ہوں۔
- میں پرائیویٹ انشورنس کے اخراجات یا HUSKY B کی ادائیگی اور اپنے بچے کی طرف سے انشورنس کے دعویٰ جات پر کارروائی کرنے کے لیے صحت کی یا دیگر ضروری معلومات کے انکشاف کے لیے **رضامندی واپس لیتا/دیتی** ہوں۔

بنیادی ثانوی

جمع کاری

انشورنس کا نام: _____ بنیادی پالیسی ہولڈر کا نام: _____ تاریخ پیدائش: _____

انشورنس کا فون نمبر: _____ مؤثر ہونے کی تاریخ: _____

رکن کا نمبر: _____ گروپ کا نمبر: _____

تسلیم اور تفہیم:

مجھے ادائیگی کے نظام کے ساتھ والدین کے حقوق کی ایک کاپی موصول ہو گئی ہے۔ ان معلومات میں تنازعات کے حل کے اختیارات شامل ہیں جو میں استعمال کر سکتا/سکتی ہوں اگر میں کسی بھی وقت فیصلہ کرتا/کرتی ہوں کہ میں کسی بھی فیصلے سے متفق نہیں ہوں، بشمول پرائیویٹ یا پبلک انشورنس اخراجات کی ادائیگی۔ ان حقوق کی وضاحت مجھے میری مادری زبان میں یا میری اپنی گفتگو کے طریقے سے سمجھانے گئی ہے۔

جلی حروف میں نام: _____ دستخط: _____ تاریخ: _____