



استرداد مدفوعات التأمين لبرنامج BIRTH TO THREE

شرط الدفع لاسترداد الأموال المستحقة

رقم برنامج Birth to Three _____

اسم شركة التأمين: _____

رقم بوليصة التأمين: _____

التاريخ: _____

السيد الفاضلولي أمر CHILD'S NAME _____

يحافظ مكتب Connecticut Office of Early Childhood (OEC)، مكتب الطفولة المبكرة التابع لولاية كونيتيكت، بالتعاون مع وكالات التعاقد على مستوى الولاية، على نظام خدمات التدخل المبكر (EIS) الخاص ببرنامج Birth to Three (B23)، برنامج من الولادة حتى الثالثة للأطفال المؤهلين وعائلاتهم، بما في ذلك عائلتك. قم ببرنامج B23 الخدمات والدعم لطفلك الذي يعاني من تأخر كبير في النمو أو من المحمّل أن يعاني منه.

وتحدد القوانين واللوائح التنظيمية طريقة الاستفادة من مصادر التمويل العامة والخاصة لدفع تكاليف خدمات التدخل المبكر المقدمة لطفلك. ويعمل مكتب OEC على ضمان إيقاع الأموال المتاحة لخدمات التدخل المبكر بشكل مناسب.

علم مكتب OEC أنك تلقّيت أموالاً في شكل شيك تأمين مرتبط ببرنامج Connecticut B23. ربما لم تدرك أن هذه الأموال تابعة لبرنامج B23. ونتيجة لذلك، يود البرنامج استرداد هذه الأموال لدفع تكاليف خدمات التدخل المبكر التي تم تقديمها لطفلك.

لقد أكملت "نموذج تحصيل التكاليف من شركة التأمين والموافقة على الكشف عن المعلومات" الخاص ببرنامج Connecticut B23 ووّقعت عليه في _____، والذي يتطلب تسليم أي مدفوعات مستحقة خاصة بتأمين برنامج B23 مدفوع لك إلى مقدم خدمات البرنامج المعنى بك. تم تضمين نسخة من موافقتك الموقّعة مع هذا الخطاب.

أصدر _____ الـ الشيك رقم _____ بتاريخ _____ CHECK NUMBER _____
لسداد مدفوعات خدمات التدخل المبكر المقدمة لطفلك. تقرّ تعاؤنك ومساعدتك في هذا الأمر ونطلب منك التواصل فوراً مع _____ CONTACT NAME _____
_____ CONTACT OFFICE / ADDRESS / PHONE NUMBER / EMAIL _____

وابلاغ _____ NAME / OFFICE _____، وهو المبلغ نفسه الذي تلقّيته من _____ NAME / OFFICE _____، لأنك ستحول مبلغ بقيمة _____ \$ AMOUNT _____، في موعد لا يتجاوز 30 يوماً من _____ NAME / OFFICE _____، يُرجى تحويل المبلغ مباشرة إلى _____ NAME / OFFICE _____، في موعد لا يتجاوز 30 يوماً من _____ NAME / OFFICE _____، تاريخ هذا الخطاب.

إذا لم يتم استلام المبلغ المحدّد لك كما هو مطلوب أعلاه، فإنه يحق للولاية اتخاذ إجراء قانوني بموجب المادة (a) 9-10 من قانون ولاية كونيتيكت العام بشأن إساءة استخدام أموال أو موارد الولاية. يجوز لمكتب OEC اتخاذ إجراء مدني بموجب الباب رقم 20 من United States Code (U.S.C.)، قانون الولايات المتحدة، المادة 1234a، المعنية باسترداد الأموال، أو أي أحكام قانونية أخرى قابلة للتطبيق، لاسترداد المبلغ المستحق.

إذا كنت ترغب في الطعن في المعلومات الواردة في هذا الخطاب، أو لديك أسئلة، أو دفعت نفقات من جيّبك الخاص مقابل خدمات التدخل المبكر لبرنامج B23، أو لديك بوليصة تأمين صحي فردي أو جماعي بخصم مرتفع، فيرجى التواصل مع منسق الخدمات المعنى بك من _____ NAME / OFFICE / PHONE NUMBER / EMAIL _____ خلال _____ 1-860-500-4420 oec.b23family@ct.gov أو في أقرب وقت ممكن. إذا حاولت التواصل مع منسق الخدمات الخاص بك ولم تلق أي رد خلال خمسة أيام، فيرجى التواصل مع منسق الاتصال المعنى بالأسرة من خلال _____ NAME _____.