কানেকটিকাট Birth to Three ব্যবস্থার ইন্স্যুরেন্স তথ্য ও সম্মতি নেয়ার ফর্ম

Connecticut Birth to Three System

যত বেশি সম্ভব পরিবারকে সাহায্য করার জন্য এই কাজের খরচ দেওয়া হয় রাজ্য ও কেন্দ্র সরকারের তহবিল, Medicaid, এবং প্রাইভেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স থেকে।

সেকশন 1

শিশুর নাম: _____ **Birth to Three নম্বর:** _____ **জন্মতারিখ:** _____

সেকশন 2 - Birth to Three কর্মসূচির ("B23") অর্থ পরিশোধের ব্যবস্থা ("SOP") সম্পর্কে তথ্য - আমি বুঝি যে:

- B23-এর সেবা পেতে আমাকে HUSKY বা প্রাইভেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স-এর অন্তর্ভুক্ত হতে হবে না।
- কানেকটিকাটের বাধ্যতামূলক ইন্স্যুরেন্স-সংক্রান্ত নিয়ম আমার হেলথ ইন্স্যুরেন্স পরিকল্পনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নাও হতে পারে। Affordable Care Act (সাশ্রয়ী স্বাস্থ্যসেবা আইন) আমার ইন্স্যুরেন্স পরিকল্পনাকে বিরূপ প্রভাব থেকে বিরত রাখতে পারে। যেমন, ইন্স্যুরেন্স থেকে দেওয়া অর্থ যেন এক বছরে বা পলিসির পুরো মেয়াদে দেওয়া সর্বোচ্চ অর্থের মধ্যে ধরা না হয়, এই আইন তা আটকাতে পারে।
- আমার প্রাইভেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স প্রতিষ্ঠান যে ইন্স্যুরেন্স প্রিমিয়াম নির্ধারণ করে, তা পরিশোধ করার দায়িত্ব আমার।
- ইন্স্যুরেন্স ক্লেইম-সংক্রান্ত যে খরচ আমাকে নিজের অর্থ থেকে দিতে হয়, তা স্বয়ংক্রিয়ভাবে কাটার জন্য আমার Health Reimbursement Arrangement (HRA, স্বাস্থ্য খরচ ফেরত পাওয়ার ব্যবস্থা) বা Health Savings Account (HSA, স্বাস্থ্য খরচের সঞ্চয় হিসাব) চালু থাকতে পারে। এমন ব্যবস্থা থাকলে এবং আমি B23 কর্মসূচি বা সেবাদাতাকে আমার ইন্স্যুরেন্স-এর বিল জমা দেওয়া ও আমার তথ্য শেয়ার করার সম্মতি দিলে, সেই হিসাব থেকে অর্থ কাটা হতে পারে। আমার ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি এবং/অথবা নিয়োগকর্তার সঙ্গে যোগাযোগ করে আমি স্বয়ংক্রিয়ভাবে অর্থ কেটে নেওয়ার সুবিধাটি পরিবর্তন করতে পারি।
  - B23-এর ইন্স্যুরেন্স ক্লেইম-এর জন্য আমার HSA/HRA থেকে ভুল করে অর্থ কাটা হলে, অর্থ ফেরত চেয়ে আবেদন করতে আমি আমার সার্ভিস কো-অর্ডিনেটর এর সাহায্য নিতে পারি।
- প্রাইভেট ইন্স্যুরেন্স থেকে খরচ বাবদ ফেরত দেওয়া অর্থ সরাসরি আমার কাছে পাঠানো হলে, আমাকে সেই অর্থ B23-কে দিতে হবে।
- আমার শিশুর HUSKY A বা C এবং প্রাইভেট ইন্স্যুরেন্স থাকলে, প্রথমে আমার প্রাইভেট ইন্স্যুরেন্সয় বিল জমা দেওয়ার জন্য আমাকে B23 বা সেবাদাতাকে সম্মতি দিতে হবে।
- আমি নতুন ইন্স্যুরেন্স নিলে আমার সার্ভিস কো-অর্ডিনেটরকে জানাতে হবে।
- আমি নিজে থেকে সায় দিচ্ছি, আর আমি নিজে লিখে বাতিল না করা পর্যন্ত এটা চালু থাকবে। তবে ইতিমধ্যে শেয়ার করা বা প্রকাশ করা তথ্যের ক্ষেত্রে এই বাতিল প্রযোজ্য হবে না।
- আমার শিশুর Individualized Family Service Plan (IFSP, পরিবারের চাহিদা অনুযায়ী আলাদা সেবা পরিকল্পনা)-এ কত দিন পর পর সেবা দেওয়া হবে, প্রতিবার কতক্ষণ দেওয়া হবে, মোট কতদিন চলবে বা সেবার মাত্রা; এর কোনোটি বাড়ানো হলে আমার সম্মতি নিতে হবে।
- ইন্স্যুরেন্স বিল জমা দেওয়া ও তথ্য প্রকাশ করার সম্মতি আমি দিই বা না দিই, আমার শিশু ও পরিবার প্রাথমিক মূল্যায়ন পাবে। যোগ্য হলে, তাদের চাহিদার মূল্যায়ন করা হবে এবং তারা IFSP ও নির্দিষ্ট B23 সেবা ও সহায়তা পাবে। এসব দিতে দেরি করা হবে না বা তা দিতে অস্বীকার করা হবে না।
- আমি B23-এ অংশ নেওয়ার সিদ্ধান্ত নিলে এবং আমার শিশু HUSKY A বা C-তে অন্তর্ভুক্ত থাকলে, ইন্স্যুরেন্স-এর ক্লেইম জমা দেওয়া হবে এবং বিল করার উদ্দেশ্যে আমাদের Protected Health Information (PHI, সুরক্ষিত স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য) ও Personally Identifiable Information (PII, ব্যক্তির পরিচয় শনাক্ত করা যায় এমন তথ্য) শেয়ার করা হবে।

সেকশন 3 - হেলথ ইন্স্যুরেন্স

অবশ্যই পূরণ করতে হবে: আমার শিশুর কি হেলথ ইন্স্যুরেন্স আছে?

☐ **হ্যাঁ,** আমার শিশু হেলথ ইন্স্যুরেন্স-এর আওতায় আছে। পরের সেকশনে যান

☐ **না,** আমার শিশু হেলথ ইন্স্যুরেন্স-এর আওতায় নেই। আমি বুঝি যে, সেবা পেতে আমাকে Medicaid বা প্রাইভেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স-এর অন্তর্ভুক্ত হতে হবে না। সেকশন 6-এ যান

সেকশন 4 - HUSKY A বা C-এর আওতায় ইন্স্যুরেন্স সুরক্ষা (Medicaid)

অবশ্যই পূরণ করতে হবে: আমার শিশু কি HUSKY A বা C ইন্স্যুরেন্স-এর আওতায় আছে? (HUSKY B-এর ক্ষেত্রে "না" ঘরে টিক দিন এবং সেকশন 5-এ যান।)

☐ **না** HUSKY A বা C নেই - পরের সেকশনে যান

☐ **হ্যাঁ** - নিচের তথ্য পূরণ করে পরের সেকশনে যান

HUSKY# (9 অঙ্কের): _____ কার্ডে থাকা নাম (আলাদা হলে): _____

সেকশন 5 - প্রাইভেট ইন্স্যুরেন্স বা HUSKY B

অবশ্যই পূরণ করতে হবে: আমার শিশু কি বাণিজ্যিক/প্রাইভেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স বা HUSKY B-এর আওতায় আছে?

☐ **না** - সেকশন 6-**এ যান** ☐ **হ্যাঁ** - এই সেকশন পূরণ করে সেকশন 6-এ যান

B23 এবং/অথবা এর নির্ধারিত কর্মসূচিকে (1) আপনার শিশুর প্রাইভেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স-এর বিল জমা দেওয়া, (2) আপনার শিশুর ইন্স্যুরেন্স প্রতিষ্ঠানের কাছে ইন্স্যুরেন্স ক্লেইম-এর তথ্য শেয়ার ও প্রদান করা, এবং (3) B23-এর সেবার বিল করার উদ্দেশ্যে আপনার ও আপনার শিশুর PHI ও PII প্রকাশ করা বা শেয়ার করার অনুমতি দেওয়ার বিষয়টি কি আপনি বোঝেন, এতে একমত এবং সম্মতি দেন? সম্মতি দেওয়া আপনার ইচ্ছার ওপর নির্ভর করে; এটি বাধ্যতামূলক নয়। বিস্তারিত জানতে সেকশন 2 দেখুন।

☐ **হ্যাঁ,** আমি একমত এবং সম্মতি দিচ্ছি - অনুগ্রহ করে সব হেলথ ইন্স্যুরেন্স পরিকল্পনার তথ্য দিন - পরের সেকশনে যান

☐ **না,** আমি একমত নই বা সম্মতি দিচ্ছি না - পরের সেকশনে যান

CONNECTICUT Early Childhood

সেকশন 5 - প্রাইভেট ইন্স্যুরেন্স বা HUSKY B (চলমান)

প্রধান ইন্স্যুরেন্স:

ইন্স্যুরেন্স-এর নাম: _____ সদস্য নম্বর: _____ গ্রুপ নম্বর: _____

ইন্স্যুরেন্স পলিসি যার নামে, তার নাম: _____ ইন্স্যুরেন্স পলিসি যার নামে, তার জন্মতারিখ: _____

দ্বিতীয় ইন্স্যুরেন্স:

ইন্স্যুরেন্স-এর নাম: _____ সদস্য নম্বর: _____ গ্রুপ নম্বর: _____

ইন্স্যুরেন্স পলিসি যার নামে, তার নাম: _____ ইন্স্যুরেন্স পলিসি যার নামে, তার জন্মতারিখ: _____

সেকশন 6 - তথ্য পাওয়া ও বুঝে নেওয়ার নিশ্চয়তা

আমি Parent Rights (মা-বাবার অধিকার) ও System of Payments (SOP, অর্থ পরিশোধের ব্যবস্থা) সম্পর্কিত নথির একটি কপি পেয়েছি। এই নথি অনলাইনেও www.birth23.org-এ পাওয়া যায়। HUSKY বা বেসরকারি ইন্স্যুরেন্স-এর বিল জমা দেওয়া সহ B23-এর কোনো সিদ্ধান্তের সঙ্গে আমি একমত না হলে, সেই বিরোধ মেটানোর উপায়গুলো এই নথিতে দেওয়া আছে।

নামের আদ্যক্ষর: _____ **পরের সেকশনে যান**

সেকশন 7 - বিষয়গুলো বুঝে সম্মতি দিন

সেকশন 2, 5 ও 6-এ দেওয়া শর্তগুলো আমি বুঝি এবং সেগুলোর সঙ্গে একমত পোষণ করছি। সেকশন 5-এ আমার দেওয়া উত্তরের ভিত্তিতে আমি নিচের বিষয়গুলো স্বীকার করছি:

- আমার সম্মতি ক্রমে, B23 এবং/অথবা এর নির্ধারিত কর্মসূচিকে আমার শিশুর প্রাইভেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স বা HUSKY B-তে বিল জমা দেওয়ার অনুমতি দিচ্ছি। Individuals with Disabilities Education Act (IDEA, প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের শিক্ষা আইন)-এর পার C-এর সেবার খরচ মেটাতে সংশ্লিষ্ট ইন্স্যুরেন্স বা সরকারি সুবিধা ব্যবহার করার অনুমতিও দিচ্ছি। এর জন্য আমাকে কোনো খরচ দিতে হবে না। ইন্স্যুরেন্স-এর ক্লেইম প্রসেস করার জন্য প্রয়োজনীয় সব শিক্ষা ও চিকিৎসা-সংক্রান্ত তথ্য শেয়ার করা ও প্রকাশ করার সম্মতিও দিচ্ছি। এর মধ্যে B23-এর কাছে রাখা নথিও রয়েছে। আমার শিশু যোগ্য বলে বিবেচিত হলে, তার IFSP-এ থাকা সেবাগুলোর খরচের জন্যও ইন্স্যুরেন্স-এর ক্লেইম জমা দেওয়া হতে পারে। আমি বুঝি যে, সেবার খরচের যে অংশ সাধারণত আমাকে দিতে হয়, কিংবা ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি খরচ দেওয়া শুরু করার আগে যে নির্দিষ্ট অর্থ আমাকে দিতে হয়, এসব সহ কোনো খরচই আমাকে নিজের পকেট থেকে দিতে হবে না। আমি যেকোনো সময় এই সম্মতি ফিরিয়ে নিলেও, IFSP-এ থাকা IDEA পার C-এর যেসব সেবা নিতে আমি সম্মতি দিয়েছি, স্টেট সেগুলো দেওয়া চালিয়ে যাবে। আমার ইন্স্যুরেন্স-এর বিল জমা দেওয়া হবে না এবং আমাকে কোনো খরচ দিতে হবে না।
- আমি সম্মতি না দিলে, B23 আমার প্রাইভেট হেলথ ইন্স্যুরেন্স বা HUSKY B-তে বিল জমা দেবে না, এটি আমি বুঝি। তারপরও IFSP-এ থাকা IDEA পার্ট C-এর যেসব সেবা নিতে আমি সম্মতি দিয়েছি, আমার শিশু সেগুলো পাবে। এর জন্য আমাকে কোনো খরচ দিতে হবে না।

ইন্স্যুরেন্স-এর প্রয়োজনীয় শর্ত, বিল জমা দেওয়ার পদ্ধতি ও সম্মতির শর্ত সম্পর্কে আরও জানতে আমি সেকশন 2 দেখব: B23 ও System of Payments (SOP, অর্থ পরিশোধের ব্যবস্থা) সম্পর্কে তথ্য।

নাম ও পদবি: _____ **তারিখ:** _____

স্বাক্ষর: _____

সেকশন 8 - সম্মতি ফিরিয়ে নেওয়া - প্রাইভেট ইন্স্যুরেন্স ও HUSKY B-এর জন্য প্রয়োজন হলেই শুধু এই সেকশন ব্যবহার করুন

নিচে আমার স্বাক্ষরের তারিখ থেকে, আমার শিশুর হয়ে ইন্স্যুরেন্স-এর ক্লেইম প্রসেস করার জন্য বিল জমা দেওয়া এবং প্রয়োজনীয় শিক্ষা ও চিকিৎসা-সংক্রান্ত তথ্য শেয়ার করা ও প্রকাশ করার সম্মতি আমি ফিরিয়ে নিচ্ছি। আমি বুঝি এবং একমত যে এই সম্মতি ফিরিয়ে নিলেও, IFSP-এ থাকা IDEA পার C-এর যেসব সেবা নিতে আমি সম্মতি দিয়েছি, স্টেট সেগুলো পাওয়ার ব্যবস্থা রাখবে। আমি বুঝি এবং একমত যে ইতিমধ্যে প্রকাশ করা তথ্যের ক্ষেত্রে এই সম্মতি ফিরিয়ে নেওয়া প্রযোজ্য নয়।

নাম ও পদবি: _____ **তারিখ:** _____

স্বাক্ষর: _____

শুধু অফিসের ব্যবহারের জন্য

CONNECTICUT Early Childhood