Coleta de informações sobre seguro e consentimento do Connecticut Birth to Three System



O Sistema é financiado por uma combinação de recursos estaduais e federais, Medicaid e seguro de saúde privado, para atender ao maior número possível de famílias.

SEÇÃO 1

Nome da criança: _____ **Nº do Programa Birth to Three:** _____ **Data de nascimento:** _____

SEÇÃO 2 - Informações sobre o sistema Birth to Three ("B23") e o sistema de pagamentos ("SOP") - Entendo que:

- Não tenho a obrigação de me inscrever no HUSKY nem de ter seguro de saúde privado para receber os serviços do B23.
- Meu plano de seguro de saúde pode estar isento das exigências de seguro de Connecticut. A Affordable Care Act (Lei de Serviços de Saúde Acessíveis) pode impedir que meu plano prejudique minha cobertura, por exemplo, descontando pagamentos dos limites máximos anuais ou vitalícios da apólice.
- Sou responsável por pagar os prêmios cobrados pela minha seguradora de saúde privada.
- Se eu tiver um Health Reimbursement Arrangement (HRA, plano de reembolso de despesas médicas) ou uma Health Savings Account (HSA, conta de poupança para despesas de saúde) configurado para retirar automaticamente despesas pagas do próprio bolso relacionadas a um pedido ao seguro, e se eu autorizar o sistema B23 ou o prestador a cobrar meu seguro e compartilhar minhas informações, poderá haver retirada de valores. Talvez eu possa alterar a opção de retirada automática entrando em contato com minha seguradora e/ou meu empregador.
  - Se valores forem retirados por engano da minha HSA/HRA para cobranças do B23, posso trabalhar com meu coordenador de serviços para solicitar a devolução desses valores.
- Se o reembolso do seguro privado for enviado diretamente para mim, devo repassar esse pagamento ao B23.
- Se meu filho tiver HUSKY A ou C e seguro privado, eu devo dar consentimento para que o B23 ou o prestador faça primeiro a cobrança no meu seguro privado.
- Devo avisar meu coordenador de serviços se eu conseguir um novo seguro.
- Meu consentimento é voluntário e continua válido até que eu o revogue por escrito. Essa revogação não se aplica às informações compartilhadas ou divulgadas.
- Meu consentimento deve ser obtido se houver aumento da frequência, do tempo, da duração ou da intensidade dos serviços no Individualized Family Service Plan (IFSP, Plano Individualizado de Serviços à Família) do meu filho.
- Meu filho e minha família receberão uma avaliação e, se forem elegíveis, uma avaliação complementar, o IFSP e os serviços e apoios específicos do B23, sem atraso ou recusa, mesmo que eu não dê consentimento para cobrar o seguro e divulgar informações.
- Se eu decidir participar do B23 e meu filho estiver inscrito no HUSKY A ou C, serão enviados pedidos de pagamento, e nossas Protected Health Information (PHI, Informações de Saúde Protegidas) e Personally Identifiable Information (PII, Informações de Identificação Pessoal) serão compartilhadas para fins de cobrança.

SEÇÃO 3 - Seguro de saúde

Obrigatório: Meu filho tem seguro de saúde?

☐ **SIM,** meu filho tem cobertura de seguro de saúde. *Vá para a próxima seção*

☐ **NÃO,** meu filho não tem cobertura de seguro de saúde. Entendo que não tenho a obrigação de me inscrever no Medicaid nem de ter seguro de saúde privado para receber os serviços. *Vá para a Seção* 6

SEÇÃO 4 - Cobertura HUSKY A ou C (Medicaid)

Obrigatório: Meu filho tem cobertura do seguro HUSKY A ou C? (Para HUSKY B, marque "NÃO" e vá para a Seção 5.)

☐ **NÃO** HUSKY A ou C - *Vá para a próxima seção*

☐ **SIM** - *Preencha abaixo e vá para a próxima seção*

HUSKY# (9 dígitos): _____ Nome no cartão (se for diferente): _____

SEÇÃO 5 - Seguro privado ou HUSKY B

Obrigatório: Meu filho tem cobertura de seguro de saúde comercial/privado ou HUSKY B?

☐ **NÃO** - *Vá para a Seção* 6 ☐ **SIM** - *Preencha esta seção e vá para a Seção* 6

Você entende, concorda e autoriza que o B23 e/ou o programa designado (1) faça a cobrança no seguro de saúde privado do seu filho, (2) compartilhe e divulgue informações de pedidos de pagamento à seguradora do seu filho e (3) divulgue ou troque as PHI e PII suas e do seu filho para fins de cobrança pelos serviços do B23? Dar consentimento é opcional e não obrigatório. Consulte a Seção 2 para obter detalhes.

☐ **SIM,** eu concordo e dou meu consentimento - Forneça os dados de todos os planos de seguro de saúde - *Vá para a próxima seção*

☐ **NÃO,** eu não concordo nem dou meu consentimento - *Vá para a próxima seção*

CONNECTICUT Early Childhood

SEÇÃO 5 - Seguro privado ou HUSKY B (continuação)

Seguro principal:

Nome do seguro: _____ Número do membro: _____ Número do grupo: _____

Nome do titular da apólice: _____ Data de nascimento do titular da apólice: _____

Seguro secundário:

Nome do seguro: _____ Número do membro: _____ Número do grupo: _____

Nome do titular da apólice: _____ Data de nascimento do titular da apólice: _____

SEÇÃO 6 - Ciência e compreensão

Recebi uma cópia da documentação Parent Rights e SOP (Direitos dos Pais e Sistema de Pagamentos), também disponível on-line em www.birth23.org. A documentação inclui opções para resolver controvérsias caso eu discorde de qualquer decisão tomada no B23, inclusive cobranças ao HUSKY ou ao seguro privado.

Rubrica: _____ ***Vá para a próxima seção***

SEÇÃO 7 - Consentimento informado

Entendo e concordo com as disposições descritas nas Seções 2, 5 e 6. Com base na minha resposta na Seção 5, reconheço o seguinte:

- Se eu der consentimento, autorizo o B23 e/ou o programa designado a cobrar o seguro de saúde privado do meu filho ou o HUSKY B e a acessar benefícios relacionados do seguro ou benefícios públicos para pagar pelos serviços da Individuals with Disabilities Education Act (IDEA, Lei de Educação para Indivíduos com Deficiência), Parte C, sem nenhum custo para mim. Também autorizo o compartilhamento e a divulgação de todas as informações educacionais e médicas necessárias para processar pedidos ao seguro, inclusive registros mantidos pelo B23. Se meu filho for considerado elegível, os pedidos ao seguro também podem incluir os serviços listados no IFSP do meu filho. Entendo que não serei responsável por nenhuma despesa paga do próprio bolso, incluindo copagamentos e franquias. Se eu revogar o consentimento a qualquer momento, o estado continuará a fornecer todos os serviços da IDEA Parte C listados no IFSP para os quais dei consentimento, sem cobrar meu seguro e sem nenhum custo para mim.
- Se eu não der consentimento, entendo que o B23 não cobrará meu seguro de saúde privado nem o HUSKY B. Meu filho ainda receberá todos os serviços da IDEA Parte C listados no IFSP para os quais dei consentimento, sem nenhum custo para mim.

Para obter mais detalhes sobre requisitos de seguro, práticas de cobrança e disposições de consentimento, consulto a Seção 2: Informações sobre B23 e o System of Payments (SOP, Sistema de Pagamentos).

Nome e sobrenome: _____ **Data:** _____

Assinatura: _____

SEÇÃO 8 - Revogação - USE SOMENTE SE NECESSÁRIO PARA SEGURO PRIVADO E HUSKY B

A partir da data da minha assinatura abaixo, revogo, por meio deste, meu consentimento para a cobrança, o compartilhamento e a divulgação das informações educacionais e médicas necessárias para processar pedidos ao seguro em nome do meu filho. Entendo e concordo que, se eu revogar o consentimento, o estado ainda disponibilizará os serviços da IDEA Parte C no IFSP para os quais dei consentimento. Entendo e concordo que a revogação não se aplica às informações já divulgadas.

Nome e sobrenome: _____ **Data:** _____

Assinatura: _____

Uso exclusivo do escritório

CONNECTICUT Early Childhood