|  |  |
| --- | --- |
| اسم الطفل  | # Birth To Three (رقم برنامج من الولادة حتى الثالثة) |
| تاريخ الميلاد: | اسم برنامج Birth to Three | رقم هاتف البرنامج: |

*بهدف دعم أكبر عدد ممكن من العائلات، يتم تمويل نظام Birth to Three (من الولادة حتى الثالثة) في ولاية كونيتيكت بواسطة مجموعة من صناديق الولاية والصناديق الفيدرالية، وMedicaid، وشركات التأمين الصحي الخاص. (انظر النموذج 1-3a حسب الاقتضاء).*

|  |
| --- |
| تنص القوانين واللوائح الفيدرالية والخاصة بالولاية على ما يلي: (1) لا يقوم نظام Birth to Three في ولاية كونيتيكت بالإفصاح عن أي معلومات تُحدِّد الهوية الشخصية بغرض تحصيل المستحقات من التأمين الصحي العام/الخاص بدون الحصول على موافقة ولي الأمر، (2) لن تقوم الولاية بتحصيل المدفوعات المشتركة أو الاستقطاعات المطلوبة من قِبَل شركة التأمين، (3) لن تتجاوز التكاليف المستردة من التأمين والرسوم التي يسددها ولي الأمر التكلفة التي تتكبدها الولاية نظير توفير الخدمات، (4) لا يتعين على أولياء الأمور الاشتراك أو التسجيل في خطة تأمين صحي عام أو خاص من أجل الحصول على الخدمات، (5) يمكن لأولياء الأمور إلغاء موافقتهم على تحصيل التكاليف من خطة التأمين الصحي في أي وقت، (6) لا يؤثر القيد في برنامج Birth to Three سلبيًا على إتاحة خدمات التأمين الصحي للطفل، أو لأولياء أمره، أو لأفراد أسرته، (7) لا يؤدي تحصيل التكاليف إلى زيادة الأقساط التأمينية أو إيقاف تقديم استحقاقات التأمين العام أو الخاص التي يتلقاها الطفل أو أسرته.**الاستثناءات السارية من قانون الولاية المذكور أعلاه بشأن تحصيل التكاليف من التأمين الصحي الخاص:** لا يتعين على بعض خطط التأمين الصحي الامتثال إلى التزامات ولاية كونيتيكت حسبما هي مذكورة أعلاه (مثل، الخطط التي يتم تمويلها ذاتيًا بواسطة صاحب عمل، والتي تسمى كذلك خطط ERISA، المُحرَّرة من قِبَل شركات لا تبيع خدمات التأمين الصحي داخل ولاية كونيتيكت، أو خارج نطاق سياسات الولاية). يجوز أن تدفع تلك الخطط غير الإلزامية أو لا تدفع المطالبات الخاصة بخدمات Birth to Three، أو قد تؤثر على سبل الحماية الأخرى المذكورة أعلاه (راجع النموذج 1-3a). |
| **رقم الطفل في نظام Medicaid**: Husky 🞏 A 🞏 B # \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |
| **اسم شركة التأمين الأساسية:** | عنوان المطالبة: |
| الهاتف:  | تاريخ السريان: |
| رقم العضو: | رقم المجموعة: |
| صاحب العمل: | عنوان صاحب العمل: |
| اسم صاحب البوليصة الأولية: | تاريخ الميلاد: | صلة القرابة بالطفل: | عنوان المراسلة البريدية:  |
| هل عنوان صاحب البوليصة الأولية هو ذاته عنوان المنزل؟ 🞏نعم 🞏 لا |
| **اسم شركة التأمين الثانوية:** | عنوان المطالبة: |
| الهاتف: | تاريخ السريان: |
| رقم العضو: | رقم المجموعة: |
| صاحب العمل: | عنوان صاحب العمل: |
| اسم صاحب البوليصة الثانوية: | تاريخ الميلاد: | صلة القرابة بالطفل: | عنوان المراسلة البريدية: |
| هل عنوان صاحب البوليصة الثانوية هو ذاته عنوان المنزل؟ 🞏نعم 🞏لا  |
| ⬩ هل الخطة (الخطط) غير إلزامية؟ 🞏نعم 🞏لا إذا كانت الإجابة نعم، فأكمِل النموذج 1-3a ⬩ هل يوجد حساب ادخار صحي؟🞏نعم 🞏لا لن يتم احتساب التكاليف على HSA بدون وجود نموذج 1-3-HSA مُوقَّع |

**\_\_\_\_**أُصرِّح بالإفصاح عن المعلومات الصحية أو غيرها من المعلومات الضرورية لمعالجة المطالبات إلى شركة التأمين الصحي الخاصة بي أو Centers for Medicare & Medicaid Services (مراكز خدمات Medicare وMedicaid) الفيدرالية نيابة عن طفلي، الخاضع للتقييم وبناءً عليه قد يتم قيده في نظام
Birth to Three في ولاية كونيتيكت. أدرك أنه إذا تم إرسال المدفوعات المستحقة نظير خدمات برنامج Birth to Three إليّ مباشرة، يتعين عليّ إرسال تلك المدفوعات إلى برنامج Birth to Three الخاص بي. كما أُدرك أن بإمكاني التراجع عن هذه الموافقة في أي وقت.

**\_\_\_\_**لا أُصرِّح بالإفصاح.

**\_\_\_\_** ليس لديّ تأمين.

 الاسم بأحرف واضحة التوقيع التاريخ

**\_\_\_\_\_** تم إلغاء الموافقة في \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(التاريخ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(التوقيع)

|  |  |
| --- | --- |
| قام بمراجعة المعلومات:  | توقيع ممثل برنامج Birth To Three/التاريخ  |