|  |  |
| --- | --- |
| শিশুর নাম  | Birth to Three # |
| জন্ম তারিখ: | Birth to Three প্রোগ্রামের নাম | প্রোগ্রামের ফোন নম্বর #: |

*যতটা সম্ভব পরিবারকে সমর্থন করার জন্য, কানেক্টিকাট Birth to Three (*জন্ম থেকে তিন বছর*) সিস্টেমের জন্য স্টেট ও ফেডারেল তহবিল, Medicaid এবং বেসরকারি স্বাস্থ্য বিমার সমন্বয়ে অর্থায়ন করা হয়। (প্রযোজ্য হিসেবে ফরম 1-3a দেখুন।)*

|  |
| --- |
| ফেডারেল ও স্টেট আইন এবং বিধিগুলি বর্ণনা করে যে: (1) CT Birth to Three সিস্টেম পিতামাতার সম্মতি ছাড়া সরকারি/বেসরকারি বিলিং বিমার জন্য ব্যক্তিগত শনাক্তযোগ্য কোনো তথ্য প্রকাশ করবে না, (2) স্টেট বিমা সংস্থা কর্তৃক প্রয়োজনীয় কো-পে বা ছাড়ের পরিমাণ সংগ্রহ করবে না, (3) বিমার ফি থেকে ব্যয় পরিশোধ সেবার জন্য স্টেটের ব্যয়কে অতিক্রম করবে না, (4) সেবা গ্রহণের জন্য পিতামাতাদের সাইন আপ করতে বা সরকারি বা বেসরকারি স্বাস্থ্য বিমায় নাম নথিভুক্ত করার প্রয়োজন নেই, (5) পিতামাতাগণ যেকোনো সময় বিল বিমা সংক্রান্ত সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারেন, (6) Birth to Three-তে তালিকাভুক্তি শিশু, শিশুর পিতামাতা বা শিশুর পরিবারের সদস্যদের স্বাস্থ্য বিমা প্রাপ্যতার উপর বিরূপ প্রভাব ফেলবে না, (7) বিলিংয়ের ফলে শিশুর প্রিমিয়াম বৃদ্ধি বা সরকাবি বা বেসরকারি বিমা সুবিধাগুলি বন্ধ হবে না।**বিলিং বেসরকারি স্বাস্থ্য বিমা সম্পর্কিত স্টেট আইনের ব্যতিক্রম:** কিছু বেসরকারি বিমা পরিকল্পনার জন্য উপরের বর্ণনা অনুযায়ী CT স্টেট আদেশ মেনে চলার প্রয়োজন হয় না (যেমন- এমন পরিকল্পনা যা কোনো নিয়োগকর্তার নিজের অর্থায়নে করা হয়, যাকে ERISA পরিকল্পনাও বলা হয়, CT বা স্টেট পলিসির বাইরে স্বাস্থ্য বিমা বিক্রি করে না এমন সংস্থাগুলির মাধ্যমে লিখিত পরিকল্পনা)। এই নন-ম্যানডেটেড পরিকল্পনাগুলি Birth to Three সার্ভিসের জন্য অর্থ দাবি করতে পারে বা নাও করতে পারে অথবা উপরের অন্যান্য সুরক্ষাগুলিকে প্রভাবিত করতে পারে (ফরম 1-3a দেখুন)। |
| **শিশুর Medicaid নম্বর**: Husky 🞏 A 🞏 B # \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |
| **প্রাইমারি বিমা সংস্থার নাম:** | দাবি ঠিকানা: |
| ফোন নম্বর:  | কার্যকর তারিখ: |
| সদস্য নম্বর: | গ্রুপ নম্বর: |
| নিয়োগকর্তা: | নিয়োগকর্তার ঠিকানা: |
| প্রাইমারি পলিসি হোল্ডারের নাম: | জন্ম তারিখ: | শিশুর সাথে সম্পর্ক: | যোগাযোগের ঠিকানা:  |
| প্রাইমারি পলিসি হোল্ডারের ঠিকানা এবং বাড়ির ঠিকানা কি একই? 🞏হ্যাঁ 🞏 না |
| **সেকেন্ডারি বিমা সংস্থার নাম:** | দাবি ঠিকানা: |
| ফোন নম্বর: | কার্যকর তারিখ: |
| সদস্য নম্বর: | গ্রুপ নম্বর: |
| নিয়োগকর্তা: | নিয়োগকর্তার ঠিকানা: |
| সেকেন্ডারি পলিসি হোল্ডারের নাম: | জন্ম তারিখ: | শিশুর সাথে সম্পর্ক: | যোগাযোগের ঠিকানা: |
| সেকেন্ডারি পলিসি হোল্ডারের ঠিকানা এবং বাড়ির ঠিকানা কি একই? 🞏হ্যাঁ 🞏না  |
| ⬩ পরিকল্পনা(গুলি) কি নন-ম্যান্ডেটেড? 🞏হ্যাঁ 🞏না হ্যাঁ হলে, ফরম 1-3a পূরণ করুন ⬩ কোনো স্বাস্থ্য সঞ্চয় অ্যাকাউন্ট আছে?🞏হ্যাঁ 🞏না HSA-কে স্বাক্ষরিত ফরম 1-3- HSA ছাড়া বিল করা হবে না |

**\_\_\_\_**আমি আমার শিশুর পক্ষে আমার বিমা ক্যারিয়ার বা Centers for Medicare & Medicaid Services (মেডিকেয়ার ও মেডিকেড সেবাগুলির সেন্টারগুলি) যা ফেডারেলের অন্তর্ভুক্ত সেই দাবি প্রক্রিয়া করার জন্য প্রয়োজনীয় মেডিকেল বা অন্যান্য তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিয়েছি, যাকে মূল্যায়ন করা হচ্ছে এবং ফলস্বরূপ কানেক্টিকাট Birth to Three সিস্টেমে তালিকাভুক্ত হতে পারে। আমি অবগত আছি যে যদি Birth to Three সার্ভিসের পেমেন্ট সরাসরি আমাকে পাঠানো হয়, তবে আমি অবশ্যই এই পেমেন্ট আমার Birth to Three প্রোগ্রামে পাঠাব। আমি এটিও অবগত আছি যে আমি যেকোনো সময় এই সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারব।

**\_\_\_\_**আমি তথ্য প্রকাশের অনুমতি দেই না।

**\_\_\_\_** আমার কোনো বিমা নেই।

 **পুরো** নাম স্বাক্ষর তারিখ

**\_\_\_\_\_** সম্মতি \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(তারিখ)-এ প্রত্যাহার করা হয় \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(স্বাক্ষর)

|  |  |
| --- | --- |
| তথ্য পর্যালোচনাকারী:  | Birth to Three প্রতিনিধির স্বাক্ষর/তারিখ |