|  |  |
| --- | --- |
| 儿童姓名  | Birth to Three 编号 |
| 出生日期： | Birth to Three 计划名称 | 计划电话号码： |

*为了支持尽可能多的家庭，康涅狄格州的 Birth to Three*（零到三岁）*系统由州和联邦资金、Medicaid 和私人健康保险共同资助。（如适用，请参见表格 1-3a。）*

|  |
| --- |
| 联邦和州法规和条例规定：(1) 未经家长同意，CT Birth to Three 系统不得披露任何用于向公共/私人保险开具账单的个人可识别信息，(2) 本州不会收取保险公司要求的共付额或免赔额，(3) 保险补偿不会超过本州的服务成本，(4) 家长不需要为获得服务而注册或参加公共或私人健康保险，(5) 家长可以随时撤销向保险开具账单的同意书，(6) 参加 Birth to Three 不会对孩子、孩子的父母或孩子的家庭成员获得健康保险产生不利影响，(7) 开具账单不会导致保费增加或者孩子或孩子的家人获得的公共或私人保险福利中断。**关于向私人健康保险开具账单的上述州条例的例外情况：**一些私人保险计划不需要遵循上面列出的 CT 州的规定（例如，由雇主自筹资金的计划，也称为 ERISA 计划，由不在 CT 销售医疗保险的公司编写的计划，或不在州政策范围内的计划）。这些非强制计划可能会也可能不会支付 Birth to Three 服务的索赔，或者可能会影响上述其他保障（见表 1-3a）。 |
| **孩子的 Medicaid 号码：**Husky 🞏 A 🞏 B # \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |
| **主要保险公司名称：** | 索赔地址： |
| 电话：  | 有效日期： |
| 会员号码： | 小组编号： |
| 雇主： | 雇主地址： |
| 主要投保人姓名： | 出生日期： | 与孩子的关系： | 邮寄地址：  |
| 主要投保人地址是否与家庭地址一致？ 🞏是 🞏 否 |
| **次要保险公司名称：** | 索赔地址： |
| 电话： | 有效日期： |
| 会员号码： | 小组编号： |
| 雇主： | 雇主地址： |
| 次要投保人姓名： | 出生日期： | 与孩子的关系： | 邮寄地址： |
| 次要投保人地址是否与家庭地址一致？ 🞏是 🞏否  |
| ⬩ 计划是否非强制？ 🞏是 🞏否 如果是，完成表格 1-3a ⬩ 是否有健康储蓄账户？🞏是 🞏否 如果没有签署的表格 1-3-HSA，则不会向 HSA 开具账单 |

**\_\_\_\_**本人代表本人的孩子授权公开医疗和其他必要信息来处理向本人的保险公司或联邦 Centers for Medicare & Medicaid Services（医疗保险和医疗补助服务中心）提出的索赔，本人的孩子正在接受评估，可能会加入康涅狄格州的 Birth to Three 系统。本人了解，如果 Birth to Three 服务的付款直接支付给本人，本人必须将该付款支付给本人的 Birth to Three 计划。本人明白，本人可以随时撤销本同意书。

**\_\_\_\_**本人没有授权公开。

**\_\_\_\_** 本人没有保险。

 **正楷**姓名 签名 日期

**\_\_\_\_\_** 于 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（日期）撤销同意书 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（签名）

|  |  |
| --- | --- |
| 信息审核员：  | Birth to Three 代表签名/日期  |