|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| बच्चे का नाम: | | Birth to Three # |
| जन्म की तारीख: | Birth to Three कार्यक्रम का नाम | कार्यक्रम फोन #: |

*जितना संभव हो उतने अधिक परिवारों को समर्थन देने के लिए, कनेक्टिकट Birth to Three (जन्म से तीन तक) प्रणाली राज्य और संघीय कोष, Medicaid, और निजी स्वास्थ्य बीमा के संयोजन से वित्तपोषित की जाती है। (जैसा लागू हो प्रपत्र 1-3a देखें।)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| संघ और राज्य के क़ानून और विनियम के अनुसार: (1) CT Birth to Three प्रणाली पालकों की सहमति के बिना सार्वजनिक/निजी बीमा बिलिंग के लिए किसी भी व्यक्तिगत पहचान योग्य जानकारी का खुलासा नहीं करेगी, (2) बीमा कंपनी द्वारा अपेक्षित सह-भुगतान या कटौतियों का राज्य संग्रह नहीं करेगा, (3) बीमा से प्रतिपूर्ति सेवाओं के लिए राज्य की लागत से अधिक नहीं होगी, (4) सेवाएं पाने के लिए पालक को सार्वजनिक या निजी स्वास्थ्य बीमा के लिए साइन अप करने या नामांकन करने की ज़रूरत नहीं है, (5) पालक किसी भी समय बीमा के बिल हेतु सहमति वापस ले सकते हैं, (6) Birth to Three नामांकन बच्चे, बच्चे के पालक या बच्चे के परिजनों को स्वास्थ्य बीमा की उपलब्धता पर प्रतिकूल प्रभाव नहीं डालेगा, (7) बिलिंग के परिणामस्वरूप प्रीमियम में वृद्धि नहीं होगी या बच्चे या बच्चे के परिवार के लिए सार्वजनिक या निजी बीमा लाभ बंद नहीं होंगे।  **बिलिंग निजी स्वास्थ्य बीमा पर उपर्युक्त राज्य क़ानून के अपवाद:** कुछ निजी बीमा योजनाओं के लिए ऊपर सूचीबद्ध CT राज्य अनिवार्यताओं का पालन करना ज़रूरी नहीं है (उदाहरण के लिए योजनाएं जो किसी नियोक्ता द्वारा स्व-वित्तपोषित हों, जिन्हें ERISA योजनाएं भी कहा जाता है, उन कंपनियों द्वारा लिखी गई योजनाएं जो CT में या राज्य की नीतियों के बाहर स्वास्थ्य बीमा नहीं बेचती हों)। ये गैर-अनिवार्य योजनाएं Birth to Three सेवाओं के लिए दावों का भुगतान कर भी सकती हैं या नहीं भी, या उपर्युक्त अन्य संरक्षणों को प्रभावित कर सकती हैं (प्रपत्र 1-3a देखें)। | | | | |
| **बच्चे की Medicaid संख्या:** बड़े 🞏 A 🞏 B # \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | | | | |
| **प्राथमिक बीमा कंपनी का नाम:** | | दावेदार का पता: | | |
| फोन: | | प्रभावी तिथि: | | |
| सदस्य संख्या: | | समूह संख्या: | | |
| नियोक्ता: | | नियोक्ता का पता: | | |
| प्राथमिक पॉलिसी धारक का नाम: | जन्म तिथि: | | बच्चे से संबंध: | डाक पता: |
| क्या प्राथमिक पॉलिसी धारक का पता घर के पते के समान है? 🞏 हाँ 🞏 नहीं | | | | |
| **माध्यमिक बीमा कंपनी का नाम:** | | दावेदार का पता: | | |
| फोन: | | प्रभावी तिथि: | | |
| सदस्य संख्या: | | | समूह संख्या: | |
| नियोक्ता: | | नियोक्ता का पता: | | |
| माध्यमिक पॉलिसी धारक का नाम: | जन्म तिथि: | | बच्चे से संबंध: | डाक पता: |
| क्या माध्यमिक पॉलिसी धारक का पता घर के पते के समान है? 🞏हां 🞏नहीं | | | | |
| ⬩ क्या योजना (योजनाएं) अनिवार्य नहीं हैं? 🞏हां 🞏नहीं यदि हां, तो प्रपत्र 1-3a भरें  ⬩ क्या कोई स्वास्थ्य बचत खाता है?🞏हां 🞏नहीं HSA बिना हस्ताक्षरित प्रपत्र 1-3-HSA के बिल नहीं भेजा जाएगा | | | | |

\_\_\_\_ मैं अपने बच्चे की ओर से अपने बीमा संवाहक या संघीय Centers for Medicare & Medicaid Services (मेडिकेयर एंड मेडिकेड सेवा केंद्र) के दावे संसाधित करने के लिए ज़रूरी चिकित्सा या अन्य जानकारी जारी करने के लिए अधिकृत करता हूं, जिसका मूल्यांकन किया जा रहा है और इसके परिणामस्वरूप इसे कनेक्टिकट Birth to Three प्रणाली में नामांकित किया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूं कि अगर Birth to Three सेवाओं के लिए भुगतान सीधे मुझे भेजा जाता है, तो मुझे वह भुगतान मेरे Birth to Three कार्यक्रम में भेजना होगा। मैं यह भी समझता/समझती हूं कि मैं यह सहमति किसी भी समय वापस ले सकता/सकती हूं।

\_\_\_\_ मैं इसे जारी करना अधिकृत नहीं करता/करती।

\_\_\_\_ मेरा कोई बीमा नहीं है।

**मुद्रित** नाम हस्ताक्षर दिनांक

\_\_\_\_\_ सहमति \_\_\_\_\_\_\_ को निरस्त की गई (तारीख) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(हस्ताक्षर)

|  |  |
| --- | --- |
| जानकारी निम्नलिखित द्वारा पुनरीक्षित: | Birth to Three प्रतिनिधि के हस्ताक्षर/तिथि |