|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię dziecka | | Numer Birth to Three |
| Data urodzenia: | Nazwa programu w ramach Birth to Three: | Numer telefonu dla programu: |

*Aby wesprzeć jak największą liczbę rodzin, System Connecticut Birth to Three (Od urodzin do wieku 3 lat) jest finansowany przez fundusze stanowe i federalne, Medicaid oraz prywatne ubezpieczenie zdrowotne. (Zobacz Formularz 1-3a, jeżeli dotyczy on Ciebie).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Federalne i stanowe przepisy prawa określają, że: (1) System Connecticut Birth to Three nie będzie udostępniał żadnych danych osobowych na rzecz rozliczeń ubezpieczeniowych powszechnego/prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego bez zgody rodziców,  (2) stan nie będzie pobierać dodatkowych opłat nieobjętych przez ubezpieczenie ani udziału własnego wymaganego przez firmę ubezpieczeniową, (3) zwrot pieniędzy z ubezpieczenia nie przekroczy kosztów, jakie stan ponosi za usługi, (4) od rodziców nie wymaga się zapisywania ani rejestracji w prywatnym lub powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym celem możliwości korzystania z usług, (5) rodzice mogą w dowolnym momencie wycofać zgodę na dokonywanie rozliczeń ubezpieczeniowych, (6) rejestracja w Birth to Three nie wpływa negatywnie ma dostępność usług ubezpieczenia zdrowotnego dla dziecka, rodziców dziecka oraz pozostałych członków rodziny dziecka, (7) rozliczenia nie spowodują podwyższenia kwot składek ani zaprzestania wypłacania świadczeń dla dziecka i rodziny dziecka w ramach ubezpieczenia powszechnego lub prywatnego.  **Wyjątki dla powyższych przepisów prawa stanowego dotyczących rozliczania prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego:** Od niektórych planów prywatnego ubezpieczenia nie wymaga się stosowania umów stanowych Connecticut, które wymieniono powyżej (np. plany, które są finansowane samodzielnie przez pracodawcę, zwane również planami ERISA, plany sporządzane przez firmy, które nie sprzedają w Connecticut ubezpieczeń zdrowotnych oraz polisy państwowe). Te nieuprawnione plany mogą lub też nie, płacić rachunki za usługi Birth to Three i wpływać na inne wymienione powyżej zabezpieczenia (Zobacz Formularz 1-3a). | | | | |
| **Numer Medicaid dziecka:** Husky 🞏 A 🞏 B Nr \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | | | | |
| **Nazwa głównej firmy ubezpieczeniowej:** | | Adres do wystawienia rachunku: | | |
| Telefon: | | Data wejścia w życie: | | |
| Numer członkowski: | | Numer grupy: | | |
| Pracodawca: | | Adres pracodawcy: | | |
| Imię i nazwisko posiadacza głównej polisy: | Data urodzenia: | | Stopień pokrewieństwa z dzieckiem: | Adres do korespondencji: |
| Czy adres posiadacza głównej polisy jest taki sam jak adres domowy? 🞏Tak 🞏 Nie | | | | |
| **Nazwa drugorzędnej firmy ubezpieczeniowej:** | | Adres do wystawienia rachunku: | | |
| Telefon: | | Data wejścia w życie: | | |
| Numer członkowski: | | | Numer grupy: | |
| Pracodawca: | | Adres pracodawcy: | | |
| Imię i nazwisko posiadacza drugorzędnej polisy: | Data urodzenia: | | Stopień pokrewieństwa z dzieckiem: | Adres do korespondencji: |
| Czy adres posiadacza drugorzędnej polisy jest taki sam jak adres domowy? 🞏Tak 🞏Nie | | | | |
| ⬩ Czy plan(-y) jest/są nieuprawnione? 🞏Tak 🞏Nie Jeżeli zaznaczyłeś(-aś) „Tak”, prosimy wypełnić Formularz 1-3a  ⬩ Czy posiadasz zdrowotne konto oszczędnościowe (HSA)?🞏Tak 🞏Nie HSA nie zostanie rozliczone bez podpisanego Formularza 1-3-HSA | | | | |

**\_\_\_\_**W imieniu mojego dziecka, które jest poddawane ocenie, w wyniku której może zostać zarejestrowane do Systemu Connecticut Birth to Three, zezwalam na udostępnienie mojemu ubezpieczycielowi oraz federalnym Centers for Medicare & Medicaid Services (Centrum Usług Medicare i Medicaid) informacji medycznych i innych potrzebnych do przeprowadzenia procedury zwrotu kosztów. Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli płatność za usługi Birth to Three zostanie przesłana bezpośrednio do mnie, jestem zobowiązany(-a) do przesłania jej do mojego programu Birth to Three. Przyjmuję również do wiadomości, że zgodę tę mogę wycofać w dowolnym momencie.

**\_\_\_\_**Nie zezwalam na udostępnienie.

**\_\_\_\_**Nie posiadam ubezpieczenia.

Imię i nazwisko (**wielkimi literami**) Podpis Data

**\_\_\_\_\_** Zgoda wycofana dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(podpis)

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje przeczytane przez: | Podpis przedstawiciela Birth to Three/Data |