|  |  |
| --- | --- |
| Nome da criança  | N° Birth to Three |
| Data de nascimento: | Nome do Programa Birth to Three | N° de telefone do programa: |

*Para auxiliar o maior número possível de famílias, o Sistema Birth to Three (Nascimento até os Três) de Connecticut é financiado por fundos estaduais e federais, Medicaid e seguros de saúde privados. (Consulte o Formulário 1-3a conforme aplicável.)*

|  |
| --- |
| Leis e regulamentos federais e estaduais determinam que: (1) o Sistema Birth to Three de Connecticut não divulgará nenhuma informação de identificação pessoal para cobrança do seguro de saúde sem consentimento dos pais, (2) o estado não recolherá copagamentos nem franquias exigidos pela seguradora, (3) o reembolso do seguro e as taxas dos pais não ultrapassarão o custo dos serviços do estado, (4) os pais não precisam se registrar nem se inscrever em seguros de saúde públicos ou privados para receber os serviços, (5) os pais podem revogar o consentimento para cobrar a seguradora a qualquer momento, (6) a inscrição no Birth to Three não afetará negativamente a disponibilização de seguro de saúde para a criança nem para os pais/responsáveis ou familiares da criança, (7) a cobrança não causará aumentos nos prêmios nem a interrupção de benefícios de seguros públicos ou privados para a criança.**Exceções à lei estadual acima sobre cobrança de seguradoras de saúde privadas:** Alguns planos de seguro de saúde privados não precisam cumprir as obrigações estaduais de Connecticut conforme listadas acima (por exemplo, planos que são financiados por empregadores, também chamados de planos ERISA, planos emitidos por empresas que não vendem seguros de saúde em Connecticut ou apólices de fora do estado). Esses planos isentos de obrigações podem ou não pagar os sinistros relativos aos serviços do Birth to Three ou podem afetar outras proteções descritas acima (Consulte o Formulário 1-3a). |
| **Número Medicaid da criança**: Husky 🞏 A 🞏 B # \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |
| **Nome da seguradora primária:** | Endereço do sinistro: |
| Telefone:  | Data de vigência: |
| Número do membro: | Número do grupo: |
| Empregador: | Endereço do empregador: |
| Nome do titular da apólice principal: | Data de nascimento: | Relação com a criança: | Endereço de correspondência:  |
| O endereço do titular da apólice principal é igual ao endereço residencial? 🞏Sim 🞏 Não |
| **Nome da seguradora secundária:** | Endereço do sinistro: |
| Telefone: | Data de vigência: |
| Número do membro: | Número do grupo: |
| Empregador: | Endereço do empregador: |
| Nome do titular da apólice secundária: | Data de nascimento: | Relação com a criança: | Endereço de correspondência: |
| O endereço do titular da apólice secundária é igual ao endereço residencial? 🞏Sim 🞏Não  |
| ⬩ Os planos não são obrigatórios? 🞏Sim 🞏Não Se Sim, preencha o Formulário 1-3a ⬩ Há alguma HSA (conta poupança de saúde)?🞏Sim 🞏Não A HSA não será cobrada se não houver um Formulário 1-3-HSA assinado |

**\_\_\_\_**Eu autorizo a divulgação de informações médicas ou de outra natureza necessárias para processar sinistros para a minha seguradora ou os Centers for Medicare & Medicaid Services (Centros de Serviços do Medicare e Medicaid) federais em nome de meu filho/a, que está sendo avaliado/a, e, portanto, pode ser inscrito/a no Sistema Birth to Three de Connecticut. Eu compreendo que se o pagamento pelos serviços do Birth to Three for enviado diretamente para mim, precisarei reenviar o pagamento para o Programa Birth to Three. Também compreendo que posso revogar este consentimento a qualquer momento.

**\_\_\_\_**Não autorizo a divulgação.

**\_\_\_\_** Não tenho seguro.

 Nome em **letra de fôrma** Assinatura Data

**\_\_\_\_\_** Consentimento revogado em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(assinatura)

|  |  |
| --- | --- |
| Informações revisadas por:  | Assinatura do representante do Birth to Three/Data  |