|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| బిడ్డ పేరు: | | Birth to Three # |
| పుట్టినతేదీ: | Birth to Three ప్రోగ్రామ్ పేరు | ప్రోగ్రామ్ ఫోన్ #: |

*Connecticut Birth to Three (బర్త్ టు త్రీ) సిస్టమ్ అనేది రాష్ట్ర మరియు ఫెడరల్ నిధులు Medicaid, మరియు ప్రైవేట్ ఆరోగ్య బీమాతో వీలయినన్ని ఎక్కువ కుటుంబాలకు మద్దతిచ్చే కార్యక్రమం. (వర్తించే ఫారం 1-3ఎ ను చూడండి.)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ఫెడరల్ మరియు రాష్ట్ర చట్టాలు మరియు నియంత్రణలు కిందివి తెలుపుతాయి: (1) సిటి Birth to Three సిస్టమ్ అనేది తల్లిదండ్రుల అనుమతి లేకుండా ప్రభుత్వ/ప్రైవేట్ బీమా బిల్లింగ్ కుగాను ఏవిధమైన వ్యక్తిగతంగా గుర్తించగలిగే సమాచారాన్ని వెల్లడిచేయదు, (2) బీమా కంపెనీకి అవసరమైనట్లుగా, సహ-చెల్లింపులను లేదా మినహాయింపులను రాష్ట్రం సేకరించదు, (3) బీమానుండి వచ్చే రి-ఇంబర్స్​మెంట్, ఈ సేవలకు రాష్ట్రం పెట్టే ఖర్చులను మించదు, (4) ఈ సేవలను స్వీకరించేందుకు, తల్లిదండ్రులు సైనప్ చేయనవసరం లేదు లేదా ప్రభుత్వ లేదా ప్రైవేట్ ఆరోగ్య బీమాలో చేరనవసరంలేదు, (5) తల్లిదండ్రులు, బీమా బిల్లు నుండి తమ అంగీకారాన్ని ఏ సమయంలోనైనా ఉపసంహరించుకోవచ్చు, (6) Birth to Threeలో చేరడంవల్ల బిడ్డ, బిడ్డ తల్లి/తండ్రి లేదా బిడ్డయొక్క కుటుంబసభ్యులు కలిగివుండే ఆరోగ్య బీమా లభ్యతపై ఏవిధమైన ప్రతికూల ప్రభావం చూపదు, (7) బిల్లింగ్​చేయడంవల్ల బిడ్డ లేదా బిడ్డ యొక్క కుటుంబం అధిక ప్రీమియంలు చెల్లించవలసిన లేదా ప్రభుత్వ లేదా ప్రైవేట్ బీమా సౌకర్యాలను నిలిపివేయడం వంటివి జరగదు.  **ప్రైవేట్ బీమాపై బిల్లింగ్​కు సంబంధించి**, **పైనతెలిపిన రాష్ట్ర చట్టానికి మినహాయింపులు** కొన్ని ప్రైవేట్ బీమా ప్లాన్​లు పైనతెలిపిన సిటి రాష్ట్ర చట్టాలను (ఉదా: ERISA ప్లాన్​లు అనికూడా పిలవబడే ఒక యజమానిచే స్వయంగా నిధి అందిచబడే ప్లాన్​లు, సిటిలో అమ్మని ఆరోగ్య బీమాలను అమ్మని ప్లాన్​లు, లేదా రాష్ట్రేతర పాలసీలు) అనుసరించనవసరం లేదు. చట్టాలను పాటించనవసరంలేని ఈ ప్లాన్​లు Birth to Three సేవలకు క్లెయిమ్​లను చెల్లించవచ్చు లేదా చెల్లించకపోవచ్చు లేదా పైన తెలిపిన రక్షణలను ప్రభావితం చేయవచ్చు (ఫారం 1-3ఎ చూడండి). | | | | |
| **బిడ్డ యొక్క Medicaid నంబర్:** హస్కీ 🞏 ఎ 🞏బి # \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | | | | |
| **ప్రాథమిక బీమా కంపెనీ పేరు:** | | క్లెయిమ్ చిరునామా: | | |
| ఫోన్: | | అమల్లోకి వచ్చే తేదీ: | | |
| సభ్యుని సంఖ్య: | | గ్రూప్ సంఖ్య: | | |
| యజమాని: | | యజమాని చిరునామా: | | |
| ప్రాథమిక పాలసీదారు పేరు: | పుట్టినతేదీ: | | బిడ్డతో సంబంధం: | మెయిలింగ్ చిరునామా: |
| ప్రాథమిక పాలసీదారు చిరునామా, ఇంటి చిరునామా ఒకటేనా? 🞏అవును 🞏కాదు | | | | |
| **ద్వితీయ బీమా కంపెనీ పేరు:** | | క్లెయిమ్ చిరునామా: | | |
| ఫోన్: | | అమల్లోకి వచ్చే తేదీ: | | |
| సభ్యుని సంఖ్య: | | | గ్రూప్ సంఖ్య: | |
| యజమాని: | | యజమాని చిరునామా: | | |
| ద్వితీయ పాలసీదారు పేరు: | పుట్టినతేదీ: | | బిడ్డతో సంబంధం: | మెయిలింగ్ చిరునామా: |
| ద్వితీయ పాలసీదారు చిరునామా, ఇంటి చిరునామా ఒకటేనా? 🞏అవును 🞏కాదు | | | | |
| ⬩ఈ ప్లాన్(లు)కు చట్టం వర్తించదా? 🞏అవును 🞏కాదు ఒకవేళ అవును అయితే, ఫారం 1-3ఎని నింపండి  ⬩ ఒక ఆరోగ్య పొదుపు ఖాతా ఉందా?🞏అవును 🞏కాదు HSA సంతకం లేని 1-3-HSA ఫారం బిల్ చేయబడదు | | | | |

ఇందుమూలముగా నేను, అంచనా వేయబడి మరియు దాని ఫలితంగా Birth to Three వ్యవస్థలో చేర్చబడే నా బిడ్డ తరఫున క్లెయిమ్​ను ప్రాసెస్ చేసేందుకు నా బీమా కారియర్ లేదా ఫెడరల్ Centers for Medicare & Medicaid Services (సెంటర్ ఫర్ మెడికేర్ మెడికెయిడ్ సర్వీసెస్)ను ఆథరైజ్ చేస్తున్నాను. ఒకవేళ Birth to Three సేవలకు చెల్లింపు నాకు నేరుగా పంపబడినట్లయితే, నేను ఆ చెల్లింపును Birth to Three ప్రోగ్రామ్​కు పంపించాలని నేను అర్థం చేసుకొన్నాను. నేను ఈ సమ్మతినుండి ఏ సమయంలోనైనా ఉపసంహరించుకోవచ్చునని కూడా నేను అర్థం చేసుకొన్నాను.

**\_\_\_\_**ఈ విడుదలను నేను ఆథరైజ్ చేయడం లేదు.

**\_\_\_\_** నాకు బీమా లేదు.

పేరు ప్రింట్ చేయండి సంతకం తేదీ

అనుమతి \_\_\_\_ (తేదీన) పునఃప్రారంభించబడినది \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(సంతకం)

|  |  |
| --- | --- |
| సమాచారాన్ని సమీక్షించినది: | Birth to Three ప్రతినిది సంతకం/తేదీ |