|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| بچے/بچی کا نام | | Birth to Three # |
| تاریخ پیدائش: | Birth to Three پروگرام کا نام | پروگرام کا فون #: |

*کنیکٹیکٹ میں جس قدر خاندانوں کی معاونت ممکن ہو، Birth to Three (پیدائش سے تین سال تک) سسٹم کو ریاستی اور وفاقی فنڈر کے مجموعے، Medicaid، اور صحت کی نجی انشورنس کے ذریعے فنڈ کیا جاتا ہے۔ (دیکھیے فارم 1-3a جیسا کہ لاگو ہوتا ہو۔)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| وفاقی اور ریاستی قوانین اور ضوابط کہتے ہیں: (1) کہ CT Birth to Three سسٹم والدین کی رضامندی کے بغیر عوامی/نجی انشورنس کی ادائیگی کے لئے کوئی قابلِ شناخت ذاتی معلومات افشا نہیں کرے گا۔ (2) ریاست، انشورنس کمپنی کی جانب سے درکار مشترک ادائیگیاں یا کٹوتیاں وصول نہیں کرے گی، (3) انشورنس کی جانب سے ادائیگی سروس کے لئے ریاست کی لاگت سے تجاوز نہیں کرے گی، (4) والدین کو سروسز وصول کرنے کی خاطر صحت کی عوامی یا نجی انشورنس کے لئے سائن اپ کرنے، یا اندراج کروانے کی ضرورت نہیں، (5) والدین کسی بھی وقت انشورنس کو بل دینے کی رضامندی سے دستبردار ہو سکتے ہیں، (6) Birth to Three میں اندراج کروانے سے بچے، بچے کے والدین یا بچے کے خاندان کے افراد کو صحت کی انشورنس کی دستیابی معکوس انداز میں متاثر نہیں ہوگی، (7) بلنگ کے نتیجے میں بچے یا بچے کے خاندان کے لئے اضافی پریمئیم یا عوامی یا نجی انشورنس کے فوائد کے منقطع نہیں ہوں گے۔  **صحت کی نجی انشورنس کی بلنگ پر مندرجہ بالا ریاستی قانون کی استثنائی صورتیں:** کچھ نجی انشورنس مںصوبے متقاضی نہیں ہیں کہ اوپر فہرست شدہ کے مطابق CT ریاستی مینڈیٹس کی پیروی کریں (مثلا ایسے منصوبے جو کسی آجر کی جانب سے خود-فنڈ شدہ ہوں، جو ERISA منصوبے بھی کہلاتے ہیں، ایسے منصوبے جو ان کمپنیوں کی جانب سے تحریر کیے گئے ہوں جو CT میں، یا ریاست کی پالیسیوں کے باہر صحت کی انشورنس فروخت نہ کرتے ہوں)۔ یہ غیر-مینڈیٹ شدہ منصوبے Birth to Three کی سروسز کے لئے دعوی ادا کر سکتے ہیں یا نہیں کر سکتے، یا مندرجہ بالا حفاظتوں کو متاثر کر سکتے ہیں (دیکھیے فارم 1-3a)۔ | | | | |
| **بچے کا Medicaid نمبر**: Husky 🞏 A 🞏 B # \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | | | | |
| **پرائمری انشورنس کمپنی کا نمبر:** | | دعوی کا پتہ: | | |
| فون: | | مؤثر تاریخ: | | |
| رکن کا نمبر: | | گروپ کا نمبر: | | |
| آجر: | | آجر کا پتہ: | | |
| پرائمری پالیسی ہولڈر کا نام: | تاریخ پیدائش: | | بچے سے رشتہ: | ڈاک کا پتہ: |
| کیا پرائمری پالیسی ہولڈر کا پتہ وہی ہوگا جو گھر کا پتہ ہے؟ 🞏جی ہاں 🞏 نہیں | | | | |
| **سیکنڈری انشورنس کمپنی کا نام:** | | دعوی کا پتہ: | | |
| فون: | | مؤثر تاریخ: | | |
| رکن کا نمبر: | | | گروپ کا نمبر: | |
| آجر: | | آجر کا پتہ: | | |
| سیکنڈری پالیسی ہولڈر کا نام: | تاریخ پیدائش: | | بچے سے رشتہ: | ڈاک کا پتہ: |
| کیا سیکنڈری پالیسی ہولڈر کا پتہ وہی ہوگا جو گھر کا پتہ ہے؟ 🞏جی ہاں 🞏نہیں | | | | |
| ⬩ کیا منصوبہ(منصوبے) غیر-مینڈیٹ شدہ ہیں؟ 🞏جی ہاں 🞏نہیں اگر ہاں، تو فارم 1-3a مکمل کریں  ⬩ کیا صحت کا کوئی سیونگ اکاؤنٹ ہے؟🞏جی ہاں 🞏نہیں HSA کو 1-3-HSA فارم پر دستخط کئے بغیر بل نہیں کیا جائے گا۔ | | | | |

**\_\_\_\_**میں اپنے بچے کی جانب سے اپنے انشورنس کے کیرئیر یا وفاقی مرکز برائے Medicare اور Medicare سروسز(Centers for Medicare & Medicaid Services) کو کلیمز کی کارروائی کرنے کے لئے لازمی طبی اور دوسری معلومات کے اجرا کی اجازت دیتا/دیتی ہوں، جس بچے کا جائزہ لیا جا رہا ہے اور اس کے نتیجے میں اس کا کنیکٹیکٹ Birth to Three سسٹم میں اندراج کیا جا سکتا ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر Birth to Three سروسز کے لئے ادائیگی براہ راست مجھے بھیجی جائے، تو مجھے وہ ادائیگی اپنے Birth to Three پروگرام کو بھیجنی چاہیئے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اس رضامندی کو کسی بھی وقت منسوخ کر سکتا/سکتی ہوں۔

**\_\_\_\_**میں افشاء کی اجازت نہیں دیتا/دیتی ہوں۔

**\_\_\_\_** میرے پاس انشورنس نہیں ہے۔

**پرنٹ کریں** نام دستخط تاریخ

**\_\_\_\_\_** رضامندی کو اس تاریخ کو منسوخ کیا گیا \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(تاریخ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(دستخط)

|  |  |
| --- | --- |
| معلومات کا جائزہ لیا گیا منجانب: | Birth to Three کے نمائندے کے دستخط/تاریخ |