|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| اسم الطفل:  الأول: الأوسط: الأخير | | # Birth To Three (رقم برنامج من الولادة حتى الثالثة): |
| تاريخ الميلاد: *(يُرجى التحقق)* | اسم برنامج Birth To Three (من الولادة حتى الثالثة): | رقم هاتف البرنامج: |

*تتم تغطية الخدمات المُقدَّمة من قِبَل نظام Birth to Three (من الولادة حتى الثالثة) في بولاية كونيتيكت إلى الأطفال المؤهلين من خلال Medicaid، والتأمين الصحي الخاص، وصناديق الولاية، والصناديق الفيدرالية.*

تستلزم قوانين ولاية كونيتيكت 38a-516a و38a-490a أن توفر خطط التأمين الصحي التغطية اللازمة لخدمات Birth to Three. كما تنص القوانين على ما يلي:

* لا يقوم نظام Birth to Three في ولاية كونيتيكت بالإفصاح عن أي معلومات تحدِّد الهوية الشخصية بغرض تحصيل المستحقات من التأمين بدون الحصول على موافقة ولي الأمر.
* لن تقوم الولاية بتحصيل المدفوعات المشتركة أو الاستقطاعات المطلوبة من قِبَل شركة التأمين.
* لا يتعين على أولياء الأمور الاشتراك أو التسجيل في خطة تأمين صحي عام أو خاص من أجل الحصول على الخدمات.
* يمكن لأولياء الأمور إلغاء موافقتهم على تحصيل التكاليف من خطة التأمين الصحي في أي وقت.
* لا يؤثر التسجيل في برنامج Birth to Three سلبيًا على إتاحة خدمات التأمين الصحي للطفل، أو لأولياء أمره، أو لأفراد أسرته.
* لا يؤدي تحصيل التكاليف إلى زيادة الأقساط التأمينية أو إيقاف تقديم استحقاقات التأمين العام أو الخاص التي يتلقاها الطفل.
* لن تتجاوز التكاليف المستردة من التأمين والرسوم التي يسدِّدها ولي الأمر التكلفة التي تتكبدها الولاية نظير توفير الخدمات.

**تقرر أن خطة التأمين الصحي الخاصة بك معفاة من قوانين التأمين السارية في الولاية. ومن ثم، يحق لك اختيار التصريح لنظام Birth to Three بتقديم مطالبات بالتكاليف إلى خطة التأمين الصحي الخاصة بك أو عدم التصريح بتقديم المطالبات**

في حالة اختيارك السماح لنظام Birth to Three بتحصيل المستحقات من خطة التأمين الصحي الخاصة بك، يجب عليك كذلك النظر فيما يلي *(يُرجى التوقيع بالأحرف الأولى من اسمك أمام كل مما يلي لتأكيد المراجعة):*

\_\_\_\_\_يجوز أن توافق خطة التأمين الصحي الخاصة بك أو لا توافق على تغطية خدمات Birth to Three. ولن يؤثر هذا القرار على سبل الدعم التي تتلقاها أنت أو أسرتك على أي نحو كان.

\_\_\_\_\_إذا كانت خطة التأمين الصحي الخاصة بك توفر التغطية، فإن Affordable Care Act (قانون الرعاية الميسورة) يجوز أن يمنع خطة التأمين الصحي الخاصة بك أو لا يمنعها من سداد تلك المدفوعات ضمن نطاق الحدود القصوى السنوية أو حد مدى الحياة التي تنص عليها بوليصة التأمين.

\_\_\_\_\_أنت وحدك صاحب قرار السماح بتحصيل المستحقات أو عدم السماح به باعتبارك المؤمَّن عليه المُحدَّد، ويجوز لك تغيير قرارك في أي وقت ولأي سبب كان.

\_\_\_\_\_سيستمر طفلك وأسرتك في تلقِّي الخدمات وسبل الدعم المنصوص عليها في Individualized Family Service Plan (IFSP، خطة خدمات الأسرة الفردية) الخاصة بك بغض النظر عن قرارك بشأن تحصيل مستحقات التأمين.

يُرجى مناقشة هذا القرار مع منسق الخدمة الخاص بك، وصاحب العمل، وأسرتك حسبما يلزم لتفهم الأمر على أفضل نحو ممكن قبل اتخاذ قرارك.

**التصريح بتحصيل التكاليف غير الإلزامية (يستكمل بمصاحبة النموذج 1-3)**

أُصرِّح لبرنامج Birth to Three الوارد أعلاه بتقديم المعلومات اللازمة لتحصيل المستحقات من خطة التأمين الصحي الخاصة بي المعفاة من الالتزامات التأمينية في ولاية كونيتيكت. إذا تم إرسال المدفوعات المستحقة نظير خدمات برنامج Birth to Three إليّ مباشرة، يتعين عليّ إرسال تلك المدفوعات إلى برنامج Birth to Three الخاص بي. يظل هذا التصريح ساريًا طوال فترة قيد طفلي في نظام Birth to Three في ولاية كونيتيكت أو حتى أقوم بمراجعة هذا النموذج لإلغاء التصريح. سأقوم بملء نموذج 1-3 جديد إذا حصلت على تأمين جديد.

الاسم بأحرف واضحة التوقيع التاريخ

**أو**

لا أُصرِّح أو أقوم بإلغاء تصريحي لبرنامج Birth to Three الوارد أعلاه بتقديم المعلومات اللازمة لتحصيل المستحقات من خطة التأمين الصحي الخاصة بي المعفاة من الالتزامات التأمينية في ولاية كونيتيكت.

الاسم بأحرف واضحة التوقيع التاريخ