|  |  |
| --- | --- |
| 儿童姓名：名字： 中间名： 姓氏 | Birth to Three 编号： |
| 出生日期：*（请核实）* | Birth to Three 计划名称： | 计划电话号码： |

*康涅狄格州 Birth to Three*（零到三岁）*系统为符合条件的孩子提供的服务由 Medicaid、私人健康保险、州和联邦资金支付。*

康涅狄格州法律第 38a-516a 条和 38a-490a 条要求健康保险计划涵盖 Birth to Three 服务。这些法律还规定：

* 未经家长同意，CT Birth to Three 系统不得披露任何用于保险计费的个人可识别信息，
* 本州不会收取保险公司要求的共付额或免赔额，
* 家长不需要为获得服务而注册或参加公共或私人健康保险，
* 家长可以随时撤销向保险开具账单的同意书。
* 参加 Birth to Three 不会对孩子、孩子的父母或孩子的家庭成员获得健康保险产生不利影响，
* 开具账单不会导致保费增加或孩子获得的公共或私人保险福利中断
* 保险补偿和家长费用不会超过本州的服务成本，

**已经确定您的健康保险计划不受州保险法的限制。因此，您可以选择授权 Birth to Three 系统向您的计划提交索赔或不授权索赔**

如果您选择允许 Birth to Three 系统向您的健康保险计划开具账单，您还应该考虑以下事项*（请在审核时在每个项目上用姓名首字母签名）：*

\_\_\_\_\_您的健康保险计划可能会也可能不会涵盖 Birth to Three 服务。这个决定不会以任何方式影响您或您的家人获得的支持。

\_\_\_\_\_如果您的健康保险计划提供承保范围，Affordable Care Act（平价医疗法案）可能会也可能不会阻止您的计划根据保单的最大年度限额或终身限额申请此类支付。

\_\_\_\_\_允许或不允许开具账单的决定完全由您作为指定的被保险人做出，并且您可以随时因任何原因而改变决定。

\_\_\_\_\_无论您对保险计费做出何种决定，您的孩子和家人都将继续获得您的 Individualized Family Service Plan（IFSP，个别化家庭服务计划）中指定的服务和支持。

请与您的服务协调员、雇主和家人进行必要的讨论，以便在作出决定前获得充分的理解。

**非强制计费授权（与表格 1-3 一起填写）**

本人允许以上列出的 Birth to Three 计划提交信息，以便向本人的健康保险计划开出账单，该计划不受 CT 保险规定的限制。如果 Birth to Three 服务的付款直接支付给本人，本人必须将该付款支付给本人的 Birth to Three 计划。本人的孩子参加康涅狄格州 Birth to Three 系统期间，或者在本人修改此表格以撤销许可之前，此许可一直保持有效。如果本人获得新的保险，本人将填写新的表格 1-3。

 正楷姓名 签名 日期

 **或者**

本人不允许或撤销允许以上列出的 Birth to Three 计划提交信息，以便向本人的健康保险计划开出账单，该计划不受 CT 保险规定的限制。

 正楷姓名 签名 日期