|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię dziecka:  Pierwsze imię: Drugie imię: Nazwisko: | | Numer Birth to Three: |
| Data urodzenia:  *(proszę podać właściwą)* | Nazwa Programu w ramach Birth to Three: | Numer telefonu dla Programu: |

*Usługi świadczone przez System Connecticut Birth to Three (Od urodzin do wieku 3 lat) dla kwalifikujących się dzieci są opłacane przez Medicaid, prywatne ubezpieczenie zdrowotne oraz fundusze stanowe i federalne.*

Przepisy prawa obowiązujące w Connecticut - 38a-516a oraz 38a-490a zobowiązują plany ubezpieczenia zdrowotnego do pokrywania kosztów związanych z usługami świadczonymi w ramach Birth to Three. Przepisy określają również, że:

* System Connecticut Birth to Three nie będzie udostępniał żadnych danych osobowych na rzecz rozliczeń ubezpieczeniowych bez zgody rodziców,
* stan nie będzie pobierać dodatkowych opłat nieobjętych przez ubezpieczenie ani udziału własnego wymaganego przez firmę ubezpieczeniową,
* od rodziców nie wymaga się zapisywania ani rejestracji w prywatnym lub powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym celem możliwości korzystania z usług,
* rodzice mogą w dowolnym momencie wycofać zgodę na dokonywanie rozliczeń ubezpieczeniowych,
* rejestracja w Birth to Three nie wpływa negatywnie na dostępność usług ubezpieczenia zdrowotnego dla dziecka, rodziców dziecka oraz pozostałych członków rodziny dziecka,
* rozliczenia nie spowodują podwyższenia kwot składek ani zaprzestania wypłacania świadczeń dla dziecka w ramach ubezpieczenia powszechnego lub prywatnego,
* zwrot pieniędzy z ubezpieczenia oraz opłaty rodzicielskie nie przekroczą kosztów, jakie stan ponosi za usługi.

**Ustalono, że Twój plan ubezpieczenia zdrowotnego nie podlega przepisom ubezpieczenia stanowego. W związku z tym przysługuje Ci prawo wyboru: czy chcesz upoważnić System Birth to Three do przedłożenia rachunku dla planu czy też nie**

Jeżeli wyraziłeś(-aś) zgodę, aby System Birth to Three rozliczył Twój plan ubezpieczenia zdrowotnego, powinieneś(-naś) również wiedzieć, że *(prosimy poświadczyć parafką każdy przeczytany punkt):*

\_\_\_\_\_Twój plan ubezpieczenia zdrowotnego może się zgodzić lub też nie, na pokrycie kosztów związanych z usługami Birth to Three. Ta decyzja w żaden sposób nie wpłynie na poziom wsparcia, który otrzymujesz Ty i Twoja rodzina.

\_\_\_\_\_Jeżeli Twój plan ubezpieczenia zdrowotnego zapewnia pokrycie kosztów, Affordable Care Act (Ustawa o Przystępnej Opiece Zdrowotnej) może lub też nie, uchronić Twój plan przed narzuceniem takich płatności na podstawie maksymalnych limitów rocznych lub limitów obowiązujących przez całe życie, wynikających z polisy.

\_\_\_\_\_Decyzja o zezwoleniu na rozliczenia w pełni należy do Ciebie jako osoby ubezpieczonej, A TAKŻE może być wycofana w dowolnym momencie i z dowolnej przyczyny.

\_\_\_\_\_Twoje dziecko i rodzina będą mogły nadal korzystać z usług i otrzymywać wsparcie określone w Twoim Individualized Family Service Plan (IFSP, Indywidualnym Planie Usług Rodzinnych) niezależnie od podjętej przez Ciebie decyzji o rozliczeniach ubezpieczeniowych.

W razie potrzeby prosimy o omówienie tej decyzji ze swoim koordynatorem usług, pracodawcą i rodziną, aby w pełni zrozumieć jej zasady przed podjęciem decyzji.

**Autoryzacja nieuprawnionych rozliczeń (należy wypełnić wraz z Formularzem 1-3)**

Zezwalam, aby wymieniony powyżej Program Birth to Three przekazał informacje celem rozliczenia mojego planu ubezpieczenia zdrowotnego, który nie podlega umowom ubezpieczeniowym w Connecticut. Jeżeli płatność za usługi Birth to Three zostanie przesłana bezpośrednio do mnie, jestem zobowiązany(-a) do przesłania jej do mojego programu Birth to Three. Niniejsze zezwolenie pozostaje w mocy przez okres, gdy moje dziecko jest zarejestrowane w Systemie Connecticut Birth to Three lub do momentu wycofania przeze mnie zezwolenia. Wypełnię nowy Formularz 1-3 w przypadku zawarcia nowej umowy ubezpieczeniowej.

Imię i nazwisko (wielkimi literami) Podpis Data

**LUB**

Nie zezwalam lub wycofuję zezwolenie, aby wymieniony powyżej Program Birth to Three przekazał informacje celem rozliczenia mojego planu ubezpieczenia zdrowotnego, który nie podlega umowom ubezpieczeniowym w Connecticut.

Imię i nazwisko (wielkimi literami) Podpis Data