|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome da criança:  Nome: Nome do meio: Sobrenome: | | N° Birth to Three: |
| Data de nascimento: *(verifique)* | Nome do Programa Birth to Three: | N° de telefone do programa: |

*Os serviços prestados pelo Sistema Birth to Three (Nascimento até os Três) de Connecticut para crianças qualificadas são pagos pelo Medicaid, seguros de saúde privados e fundos estaduais e federais.*

As leis 38a-516a e 38a-490a de Connecticut exigem que os planos de saúde ofereçam cobertura para os serviços do Birth to Three. As leis também determinam que:

* o Sistema Birth to Three de Connecticut não divulgará nenhuma informação de identificação pessoal para cobrança do seguro de saúde sem consentimento dos pais;
* o estado não recolherá copagamentos nem franquias exigidos pela seguradora,
* os pais não precisam se registrar nem se inscrever em seguros de saúde públicos ou privados para receber os serviços,
* os pais podem revogar o consentimento para cobrar a seguradora a qualquer momento,
* a inscrição no Birth to Three não afetará negativamente a disponibilização de seguro de saúde para a criança nem para os pais/responsáveis ou familiares da criança,
* a cobrança não causará aumentos nos prêmios nem a interrupção de benefícios de seguros públicos ou privados para a criança,
* o reembolso do seguro e as taxas dos pais não ultrapassarão o custo dos serviços do estado,

**Determinou-se que seu seguro de saúde é isento da legislação do estado que se aplica a seguradoras. Portanto, você pode optar por autorizar o Sistema Birth to Three a apresentar sinistros ao seu seguro ou não autorizar os sinistros.**

Se optar por permitir que o Sistema Birth to Three faça cobranças de seu plano de seguro de saúde, você também deve considerar o seguinte *(rubrique cada item ao analisá-lo):*

\_\_\_\_\_Seu seguro de saúde pode ou não concordar em cobrir os serviços do Birth to Three. Essa decisão não afetará os auxílios que você ou sua família recebem de nenhuma forma.

\_\_\_\_\_Se o seu seguro de saúde fornecer a cobertura, a Affordable Care Act (Lei de Serviços de Saúde Acessíveis) pode ou não impedir que seu plano de saúde contabilize esses pagamentos no máximo anual ou nos limites vitalícios da apólice.

\_\_\_\_\_A decisão de permitir ou não a cobrança cabe somente a você como o segurado indicado E sua decisão pode ser alterada a qualquer momento e por qualquer motivo.

\_\_\_\_\_Seu filho/a e família continuarão recebendo os serviços e auxílios especificados em seu Individualized Family Service Plan IFSP (IFSP, Plano de Serviço Familiar Individualizado) independentemente de sua decisão sobre a cobrança do seguro.

Converse sobre essa decisão com seu coordenador de serviço, empregador e família, conforme o necessário, para ter uma compreensão total antes de decidir.

**Autorização de cobrança não obrigatória (deve ser preenchida com Formulário 1-3)**

Eu concedo permissão ao Programa Birth to Three listado acima enviar informações para cobrar de meu plano de saúde, que é isento de obrigações previstas na leis de Connecticut para seguradoras. Se o pagamento pelos serviços do Birth to Three for enviado diretamente a mim, devo enviar o pagamento ao meu Programa Birth to Three. Esta permissão permanece em vigor durante o período em que meu filho/a estiver inscrito/a no Sistema Birth to Three de Connecticut ou até que eu revise este formulário para revogar a permissão. Preencherei um novo Formulário 1-3 se eu adquirir um novo seguro.

Nome em letra de fôrma Assinatura Data

**OU**

Eu não concedo nem revogo a permissão para o Programa Birth to Three listado acima enviar informações para cobrar de meu seguro de saúde, que é isento de obrigações previstas nas leis de Connecticut para seguradoras.

Nome em letra de fôrma Assinatura Data