|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| బిడ్డ పేరు:  మొదటి: మధ్య: చివరి: | | Birth to Three #: |
| పుట్టినతేదీ: *(దయచేసి సరిచూసుకోండి)* | Birth to Three ప్రోగ్రాం పేరు: | ప్రోగ్రామ్ ఫోన్ #: |

*ఈ సేవలు Connecticut Birth to Three* (*బర్త్ టు త్రీ) సిస్టమ్ ద్వారా Medicaid, రాష్ట్ర, ఫెడరల్ నిధులచే చెల్లింపు పొందే పిల్లలకు అంధించబడుతుంది.*

Birth to Three సర్వీసెస్​కు కవరేజ్ అందుకొనేందుకు Connecticut చట్టాలు 38a-516a మరియు 38a-490a ప్రకారం ఆరోగ్య బీమా ప్రణాళికలు అవసరం. ఈ చట్టాలు వీటిని కూడా నిర్దిష్టంగా తెలియజేస్తున్నాయి:

* CT Birth to Three సిస్టమ్, తల్లిదండ్రుల అనుమతి లేకుండా బీమా బిల్లింగ్ కొరకు వ్యక్తిగతంగా గుర్తించగలిగే ఏవిధమైన సమాచారాన్ని పంచుకోదు,
* రాష్ట్రం, బీమా కంపెనీచే అవసరమైన సహ-చెల్లింపులు లేదా మినహాయింపులను సేకరించదు,
* సేవలను స్వీకరించేందుకు తల్లిదండ్రులు ఏవిధంగాను సైన్-అప్ చేయనవసరం లేదు లేదా ఏవిధమైన ప్రభుత్వ లేదా ప్రైవేట్ బీమా ఆరోగ్య బీమాలో చేరనవసరం లెదు,
* తల్లిదండ్రులు బీమాను బిల్ చేసే సమ్మతిని ఎప్పుడైనా ఉపసంహరించుకోవచ్చు,
* Birth to Threeలో చేరడం బిడ్డ లేదా బిడ్డ తల్లి/తండ్రి లేదా బిడ్డ యొక్క కుటుంబసభ్యుల ఆరోగ్య బీమా లభ్యతపై ఏవిధమైన ప్రతికూల ప్రభావం చూపదు,
* బిల్లింగ్ వల్ల ప్రీమియంలు పెరగడం లేదా బిడ్డకు ప్రభుత్వపరంగా లేదా ప్రైవేట్​పరంగా పొందే బీమా లాభాలు నిలిపివేయడం వంటివి జరగవు
* బీమా నుండి రి-ఇంబర్స్​మెంట్ మరియు తల్లి/తండ్రి ఫీజు సేవలకై రాష్ట్రం పెట్టే ఖర్చును మించదు.

**మీ ఆరోగ్య బీమా ప్లాన్ అనేది రాష్ట్ర బీమా చట్టాలనుండి మినహాయింపు పొందినదిగా నిర్ణయించబడినది. అందువల్ల, మీరు Birth to Three సిస్టమ్ను మీ ప్లాన్తో క్లెయిమ్లు ఫైల్ చేయడానికి లేదా క్లెయిమ్లను ఆథరైజ్ చేయకపోవడానికి ఎంచుకోవచ్చు.**

Birth to Three సిస్టమ్ మీ ఆరోగ్య బీమా ప్లాన్ను బిల్ చేయడానికి మీరు అనుమతించినట్లయితే, దిగువవాటిని కూడా పరిగణనలోకి తీసుకోవాలి *(సమీక్షించినట్లుగా ప్రతి దానికి పొట్టి సంతకం చేయండి):*

\_\_\_\_\_మీ ఆరోగ్య బీమా ప్లాన్ Birth to Three సేవలను కవర్ చేసేందుకు అంగీకరించవచ్చు లేదా అంగీకరించకపోవచ్చు. అయితే, ఈ నిర్ణయం మీరు లేదా మీ కుటుంబం పొందుతున్న మద్దతులపై ఏవిధంగా ప్రభావం చూపదు.

\_\_\_\_\_ఒకవేళ మీ ఆరోగ్యబీమా ప్లాన్ కవరేజ్ ఇచ్చినట్లయితే, ఆ పాలసీ యొక్క గరిష్ట వార్షిక లేదా జీవితకాలపు పరిమితులపై ఆవిధమైన చెల్లింపులకు దరఖాస్తు చేసేందుకు Affordable Care Act (అఫర్డబుల్ కేర్ చట్టం), నిరోధించవచ్చు లేదా నిరోధించకపోవచ్చు.

\_\_\_\_\_బీమా చేయించుకొన్న వారిగా బిల్లింగ్​కు అనుమతించడం లేదా అనుమతించకపోవడం అనేది పూర్తిగా మీ అభీష్టానుసారం ఉంటుంది మరియు ఈ నిర్ణయాన్ని మీరు ఏ సమయంలోనైనా మరియు ఏ కారణంచేతనైనా మార్చుకోవచ్చు.

\_\_\_\_\_మీ Individualized Family Service Plan (IFSP, ఇండివిడ్యువలైజ్డ్ ఫ్యామిలీ సర్వీస్ ప్లాన్)లో తెలిపినట్లుగా, బీమా బిల్లింగ్​తో సంబంధం లేకుండా మీ బిడ్డ మరియు మీకుటుంబానికి సేవలు మరియు మద్దతు కొనసాగించబడుతుంది.

మీరు నిర్ణయం తీసుకోవడానికి ముందు, దీన్ని పూర్తిగా అర్థం చేసుకోవడానికి అవసరమైనట్లయితే, మీ సేవా సమన్వయకర్త, యజమాని, మరియు మీ కుటుంబంతో ఈ నిర్ణయం గురించి చర్చించండి.

**నాన్-మాండేటెడ్ బిల్లింగ్ ఆథరైజేషన్ (ఫారం 1-3తో పూర్తిచేయవలసి ఉంటుంది)**

ఇందుమూలముగా నేను, CT బీమా మాండేట్ల నుండి మినహాయించబడిన నా ఆరోగ్య బీమా ప్లాన్​కు బిల్ చేసెందుకు, పైన తెలిపిన బ Birth to Three ప్రోగ్రామ్​కు అనుమతి ఇస్తున్నాను. Birth to Three సేవలకుగాను నాకు చెల్లింపులు నేరుగా పంపబడినట్లయితే, నేను ఆ చెల్లింపును Birth to Three ప్రోగ్రామ్​కు తప్పక పంపించాలి. ఈ అనుమతి నా బిడ్డ Connecticut Birth to Three సిస్టమ్​లో ప్రవేశం కలిగివున్నంతవరకు లేదా అనుమతిని తిరిగి పునరుద్ధరించేందుకు నేను ఈ ఫారంను మార్చేంతవరకు అమల్లో ఉంటుంది. ఒకవేళ నేను కొత్త బీమా పొందేటట్లయితే, నేను ఒక కొత్త ఫారం 1-3ని నింపుతాను.

పేరు ప్రింట్ చేయండి సంతకం తేదీ

**లేదా**

ఇందుమూలముగా నేను, CT బీమా మాండేట్ల నుండి మినహాయించబడిన నా ఆరోగ్య బీమా ప్లాన్​కు బిల్ చేసే నిమిత్తం, పైన తెలిపిన Birth to Three ప్రోగ్రామ్​కు అనుమతిని ఇవ్వడంలేదు లేదా అనుమతిని పునరుద్ధరించడంలేదు.

పేరు ప్రింట్ చేయండి సంతకం తేదీ