



Infant & Toddler Connection of Virginia

فرم موافقت نامه سهم هزینه خانواده

اولیه _____ بازنگری _____

تاریخ تولد: _____

نام کودک: _____

من می دانم که هزینه هایی بابت خدماتی که فرزند من دریافت می کند وجود دارد. من می توانم اطلاعات مالی خود را ارائه نکرده و تمام فرانشیزها (co-payment)، کارمزد متغیر (co-insurance)، کسورات (deductible) مربوطه، و/یا هزینه کامل خدمات مداخله زود هنگام را برای خدماتی که تحت پوشش بیمه نیستند پرداخت نمایم. اگر این مسئله از لحاظ مالی برای من دشوار بود، می توانم اطلاعات مالی خود را ارائه کنم تا بر اساس سیستم سهم هزینه خانواده یک سقف حداکثر ماهیانه تعیین گردد. من می توانم در مورد استفاده کردن از بیمه درمانی خود برای پرداخت هزینه خدمات مداخله زود هنگام و یا عدم استفاده از آن تصمیم گیری کنم.

استفاده از بیمه درمانی (لطفاً کلیه مواردی را که مصداق دارند علامت بزنید)

فاقد بیمه: فرزند من تحت پوشش هیچ بیمه درمانی نیست.

مایلم که کارشناس هماهنگی خدمات برای دادن درخواست عضویت Medicaid به من کمک کند.

مایلم که کارشناس هماهنگی خدمات برای دادن درخواست عضویت برنامه دسترسی خانوادگی به بیمه درمانی (Family Access to Medical Insurance - FAMIS) (Security Plan) به من کمک کند.

من در حال گذراندن مراحل ثبت نام و عضویت در Medicaid یا FAMIS هستم.

بیمه درمانی (پزشکی): فرزند من تحت پوشش بیمه درمانی است. (اگر این گزینه را انتخاب کرده اید، یک مورد را علامت بزنید)

صورتحساب خدمات تحت پوشش باید به بیمه من ارسال شود. من می پذیرم که کلیه فرانشیزها، کارمزد متغیر، کسورات مربوطه و/یا هزینه خدمات فاقد پوشش را مطابق با توضیحات گزینه هزینه ها در زیر پرداخت نمایم.

صورتحساب خدمات تحت پوشش نباید به بیمه من ارسال شود. من می پذیرم که هزینه خدمات را مطابق با توضیحات گزینه هزینه ها در زیر پرداخت نمایم.

Medicaid/FAMIS: فرزند من تحت پوشش Medicaid یا FAMIS قرار دارد و من می دانم که صورتحساب خدمات تحت پوشش به Medicaid/FAMIS داده خواهد شد.

بررسی پوشش MEDICAID (اگر فرزند شما در حال حاضر تحت پوشش Medicaid/FAMIS نیست، یک مورد را علامت بزنید)

من به سیستم مداخله زود هنگام محلی اجازه می دهم بطور مرتب تحت پوشش قرار داشتن فرزند من در Medicaid یا FAMIS را بررسی نماید.

من به سیستم مداخله زود هنگام محلی اجازه نمی دهم بطور مرتب تحت پوشش قرار داشتن فرزند من در Medicaid یا FAMIS را بررسی نماید.

هزینه ها (یک مورد را علامت بزنید)

هزینه کامل: من مایل نیستم اطلاعات مالی ارائه کنم. من تمام فرانشیزها، کارمزد متغیر، کسورات مربوطه، و/یا هزینه کامل خدمات مداخله زود هنگام را برای خدماتی که تحت پوشش بیمه نیستند پرداخت خواهم کرد.

هزینه با تخفیف (اگر این گزینه را انتخاب کرده اید، یک مورد را علامت بزنید)

سقف ماهیانه: مدارک و اسناد درآمد حقیقی یا تخمینی مشمول مالیات فدرال من ملاحظه شده است. این مقدار قابل پرداخت من را تعیین می کند. من می پذیرم که هزینه ها را حداکثر تا و نه بیش از سقف ماهیانه \$ _____ خانواده خود پرداخت نمایم.

تجدیدنظر هزینه (اگر این گزینه را انتخاب کرده اید، یک مورد را علامت بزنید):

_____ سقف ماهیانه محاسبه شده در مقیاس سهم هزینه خانواده برای من از لحاظ مالی دشواری بوجود می آورد. سقف ماهیانه من بر اساس اطلاعات مالی تکمیلی که ضمیمه شده محاسبه گردد، یا

_____ من نمی توانم اسناد و مدارک درآمد حقیقی یا تخمینی مشمول مالیات خود را ارائه کنم. به پیوست یک نسخه از فیش حقوق و یا یک گواهی کتبی ارائه شده که مقدار درآمد من در آن مشخص می باشد، علاوه بر آن کلیه اطلاعات تکمیلی مالی مورد نیاز ارائه شده اند.

من می پذیرم که هزینه ها را حداکثر تا و نه بیش از سقف ماهیانه \$ _____ خانواده خود پرداخت نمایم.

Medicaid/FAMIS بدون درآمد: فرزند من واجد شرایط استفاده از Medicaid/FAMIS است و/یا من در حال حاضر درآمدی ندارم. در نتیجه قادر به پرداخت نیستم، و کلیه خدمات مداخله زود هنگام فرزندم بدون هیچ هزینه ای در اختیار خانواده من قرار داده می شود. (اگر این گزینه را انتخاب کرده اید، یک مورد را علامت بزنید)

کپی کارت Medicaid/FAMIS من پیوست است یا _____ صلاحیت من برای استفاده در تاریخ _____ توسط _____ تایید شده است.

گواهی کتبی من مبنی بر اینکه هیچ درآمدی ندارم پیوست می باشد.



Infant & Toddler Connection of Virginia

فرم موافقت نامه سهم هزینه خانواده (صفحه 2)

اولیه _____ بازنگری _____

تاریخ تولد: _____

نام کودک: _____

حساب شناور پرداخت مخارج (کلیه خانواده ها باید کادر زیر را علامت بزنند)

- من می دانم که اگر یک حساب شناور پرداخت مخارج خدمات درمانی داشته باشم که هزینه های علی الحساب (مانند فرانشیزها، کارمزد متغیر، کسورات و غیره) را بطور خودکار به خانواده یا ارائه کننده من پرداخت می کند، سقف ماهیانه ثبت شده در قسمت هزینه های فوق فقط برای خدماتی در نظر گرفته می شود که در برنامه بیمه درمانی من پوشش داده نمی شوند، و من شخصاً مسئول پرداخت مبلغ کامل کلیه فرانشیزهای بیمه، کارمزد متغیر و کسورات خدمات مداخله زود هنگام خواهم بود تا زمانی که تمام پول موجود در حساب شناور پرداخت مخارج من مصرف شود.
- پس از اینکه تمام موجودی حساب شناور پرداخت مخارج صرف گردید، سقف ماهیانه کلیه خدمات ذکر شده در IFSP فرزند من را پوشش خواهد داد.
 - هرگاه موجودی حساب شناور پرداخت مخارج من به اتمام برسد و یا قادر باشم حساب شناور پرداخت مخارج خود را طوری تغییر دهم که دیگر بطور خودکار به من یا ارائه دهنده پرداخت نکند، به کارشناس هماهنگی خدمات خود اطلاع خواهم داد.
 - اگر حساب شناور پرداخت مخارج من بر پایه بازپرداخت عمل می کند (بعنوان مثال برای دریافت پول از حساب شناور پرداخت مخارج خود باید حتماً فرم ها و یا مدارکی ارسال کنم) و یا یک دبیت کارت از حساب شناور پرداخت مخارج خود برای پرداخت هزینه هایی مانند فرانشیز، کارمزد متغیر و کسورات داشته باشم، این سیاست شامل حال من نخواهد شد.

گواهی موافقت و پذیرش

- من یک نسخه از اعلامیه حقوق و مقررات محافظتی کودکان و خانواده ها شامل نکاتی درباره سهم هزینه خانواده را دریافت کرده ام.
- من می پذیرم که هرگونه تغییر در اطلاعات مالی خود را که برای تعیین هزینه خدمات مداخله زود هنگام من بکار گرفته شده اند، و نیز هرگونه تغییر در وضعیت بیمه و یا Medicaid/FAMIS فرزند خود را به کارشناس هماهنگی خدمات اعلام نمایم. من همچنین می پذیرم که باید در صورت داشتن هرگونه سوال و یا مسئله ای درباره روال سهم هزینه خانواده و/یا هزینه خدمات مداخله زود هنگام با کارشناس هماهنگی خدمات خویش تماس بگیرم. اگر اختلاف نظرها درباره هزینه و نرخ در سطح محلی قابل حل و فصل نبود می توانم شکایت کنم، درخواست میانجی گری نموده و/یا از رسیدگی بی طرفانه استفاده کنم.
- من می دانم که در صورت اعمال هرگونه تغییر در تعرفه نرخ های ارائه دهنده خدمات مداخله زود هنگام من، از 30 روز قبل بصورت کتبی به من اعلام خواهد شد.
- من می دانم که در صورت عدم پرداخت هزینه ها در مهلت تعیین شده، امکان قطع خدمات وجود دارد. پیش از قطع خدمات، کارشناس هماهنگی خدمات با من تماس خواهد گرفت.
- من می دانم که برای وصول مبالغ معوقه از روش های معمول وصول، من جمله خدمات شرکت های وصول بدهی استفاده خواهد شد.
- من یک نسخه از هزینه های کامل خدمات مداخله زود هنگام را دریافت کرده ام.
- من شرایط این موافقت نامه را خوانده، آنها را درک کرده و رعایت خواهم نمود. من گواهی می کنم اطلاعاتی که در ارتباط با وضعیت مالی خود ارائه کرده ام، بر اساس بهترین دانش من کامل و صحیح می باشد.

تاریخ _____

امضای ولی یا شخص مسئول _____

تاریخ _____

امضای کارمند _____



Infant & Toddler Connection of Virginia

ارائه اطلاعات و واگذاری مزایا

نام کودک: _____ تاریخ تولد: _____

اینجانب، _____ ولی یا شخص مسئول

اجازه می دهم تا: _____ نام ارائه دهنده(های) خدمات مداخله زود هنگام

اطلاعات لازم را به شرکت(های) بیمه مشخص شده زیر ارائه نموده و همچنین X
اطلاعات لازم را از شرکت(های) بیمه مشخص شده زیر درخواست نمایند: X

نام(های) شرکت(های) بیمه

اطلاعات لازم می تواند شامل تشخیص های داده شده برای فرزند من، تاریخ های دریافت خدمات و انواع خدمات و کلیه اطلاعات لازم دیگر برای پردازش درخواست های مطالبه پرداخت بیمه به این سازمان باشد. من با ارائه این اطلاعات موافق بوده و می دانم که می توانم در هر زمان، با دادن یک اعلامیه کتبی به ارائه دهنده(های) خدمات مداخله زود هنگام فرزندم، موافقت خود را پس بگیرم. لغو از تاریخ دریافت اعلامیه به مورد اجرا گذاشته خواهد شد.

من موافقت خود را با پرداخت مستقیم هرگونه مزایای بیمه به اینجا اعلام می نمایم:

نام(های) ارائه دهنده(های) خدمات مداخله زود هنگام

_____ تاریخ

_____ امضای ولی یا شخص مسئول

_____ تاریخ

_____ امضای کارمند