



Infant & Toddler Connection of Virginia

Mẫu Thỏa thuận Mức đồng thanh toán của gia đình

_____ Lần đầu tiên _____ Tu chính

Tên của Trẻ: _____ Ngày sinh: _____

Tôi hiểu rằng các dịch vụ con tôi được cấp đều có lệ phí. Tôi có thể chọn không cung cấp thông tin tài chính và trả tất cả các khoản tiền đồng trả, đồng bảo hiểm, tiền khấu trừ thích hợp, và/hoặc toàn bộ mức giá can thiệp sớm cho các dịch vụ không được bảo hiểm bao trả. Nếu việc này gây khó khăn về tài chính cho tôi, tôi có thể cung cấp thông tin tài chính để xác định mức tối đa hàng tháng, dựa trên hệ thống đồng thanh toán của gia đình. Tôi có thể chọn hoặc không chọn sử dụng bảo hiểm y tế của tôi để trả chi phí dịch vụ can thiệp sớm.

SỬ DỤNG BẢO HIỂM Y TẾ (đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)

Người không được bảo hiểm: Con tôi không có bảo hiểm y tế.

Tôi muốn điều phối viên dịch vụ giúp tôi nộp đơn xin Medicaid.

Tôi muốn điều phối viên dịch vụ giúp tôi nộp đơn đăng ký với Chương trình Gia đình được bảo đảm có bảo hiểm y tế (FAMIS).

Tôi hiện đang trong quá trình xin bảo hiểm Medicaid hoặc FAMIS

Bảo hiểm sức khỏe (y tế): Con tôi có bảo hiểm y tế. (Nếu lựa chọn, đánh dấu vào một lựa chọn)

Hóa đơn dịch vụ được bao trả sẽ được gửi đến nhà bảo hiểm của tôi. Tôi đồng ý trả bất kỳ khoản tiền đồng trả, đồng bảo hiểm, tiền khấu trừ thích hợp nào và/hoặc các dịch vụ không được bao trả theo cách thức ghi trong phần lựa chọn các **LỆ PHÍ** ở dưới.

Hóa đơn dịch vụ được bao trả sẽ **KHÔNG** được gửi đến nhà bảo hiểm của tôi. Tôi đồng ý trả tiền dịch vụ theo cách thức ghi trong lựa chọn **LỆ PHÍ** ở dưới.

Medicaid/FAMIS: Con tôi có bảo hiểm Medicaid hoặc FAMIS và tôi hiểu rằng hóa đơn dịch vụ được bao trả sẽ được gửi đến Medicaid/FAMIS

KIỂM TRA BẢO HIỂM MEDICAID (Nếu con quý vị hiện không có bảo hiểm Medicaid/FAMIS, vui lòng đánh dấu vào đây)

Tôi cho phép hệ thống can thiệp sớm tại địa phương thường xuyên kiểm tra xem con tôi có được Medicaid hoặc FAMIS bảo hiểm hay không.

Tôi không cho phép hệ thống can thiệp sớm tại địa phương thường xuyên kiểm tra xem con tôi có được Medicaid hoặc FAMIS bảo hiểm hay không.

LỆ PHÍ (đánh dấu một lựa chọn)

Lệ phí toàn phần: Tôi không muốn cung cấp thông tin tài chính. Tôi sẽ trả tất cả các khoản tiền đồng trả, đồng bảo hiểm, tiền khấu trừ thích hợp, và/hoặc toàn bộ mức đã hoàn trả cho các dịch vụ can thiệp sớm không được bảo hiểm bao trả.

Lệ phí giảm giá (Nếu lựa chọn, đánh dấu vào một lựa chọn)

Mức tối đa hàng tháng: Chứng từ về mức lợi tức phải trả thuế liên bang ước tính hoặc thực tế của tôi đã được xem xét để quyết định số tiền tôi phải trả. Tôi đồng ý trả lệ phí tới mức tối đa, nhưng không quá mức tối đa hàng tháng của gia đình tôi là \$_____.

Khiếu nại về lệ phí (Nếu lựa chọn, đánh dấu mỗi ô):

___ Số tiền tối đa hàng tháng tính theo thang lệ phí đồng thanh toán của gia đình gây khó khăn về tài chính. Mức tối đa hàng tháng của tôi là dựa trên thông tin tài chính bổ sung kèm theo, **HOẶC**

___ Tôi không thể ghi số lợi tức phải trả thuế ước tính hoặc thực tế của tôi. Đính kèm là bản sao cuốn phiếu lương của tôi hoặc văn bản xác nhận của tôi về số tiền lợi tức, cũng như bất kỳ thông tin tài chính nào khác được yêu cầu.

Tôi đồng ý trả lệ phí tới mức tối đa, nhưng không quá mức tối đa hàng tháng của gia đình tôi là \$_____.

Medicaid/FAMIS/Không có lợi tức: Con tôi hội đủ tiêu chuẩn nhận Medicaid/FAMIS và/hoặc tôi hiện không có lợi tức. Do đó, tôi không có khả năng chi trả và sẽ được cấp tất cả các dịch vụ can thiệp sớm dành cho con tôi miễn phí đối với gia đình tôi. (Nếu lựa chọn, đánh dấu vào một lựa chọn)

Đính kèm bản sao thẻ Medicaid/FAMIS của tôi **HOẶC** ___ được xác minh tính đủ tiêu chuẩn vào ngày _____ do _____ thực hiện.

Đính kèm giấy chứng nhận của tôi về việc tôi không có lợi tức.



Infant & Toddler Connection of Virginia

Mẫu Thỏa thuận Mức đồng thanh toán của gia đình (trang 2)

_____ Lần đầu tiên _____ Tu chính

Tên của Trẻ: _____ Ngày sinh: _____

TÀI KHOẢN CHI TRẢ LINH HOẠT (tất cả mọi gia đình đều phải đánh dấu vào ô dưới đây)

- Tôi hiểu rằng nếu tôi có một tài khoản chi trả y tế linh hoạt tự động trả cho gia đình tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ các khoản chi phí tự trả (ví dụ, các khoản tiền đồng trả, đồng bảo hiểm, tiền khấu trừ, v.v.), thì mức tối đa hàng tháng ghi trong mục Lệ phí ở trên sẽ chỉ áp dụng cho những dịch vụ không được chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi bao trả và tôi có trách nhiệm trả toàn bộ mọi khoản tiền đồng trả bảo hiểm, đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ cho các dịch vụ can thiệp sớm cho tới khi tôi đã sử dụng toàn bộ số tiền trong tài khoản chi trả linh hoạt của tôi.
- Sau khi đã sử dụng hết số tiền trong tài khoản chi trả linh hoạt của tôi, mức tối đa hàng tháng sẽ áp dụng cho tất cả các dịch vụ có trong bản IFSP của con tôi.
 - Tôi sẽ thông báo cho điều phối viên dịch vụ của tôi khi không còn tiền trong tài khoản chi trả linh hoạt của tôi hoặc nếu tôi có thể thay đổi tài khoản chi trả linh hoạt để không còn tự động thanh toán cho gia đình tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ.
 - Chính sách này không áp dụng cho tôi nếu tài khoản chi trả linh hoạt của tôi thuộc diện hoàn trả chi phí (ví dụ tôi phải nộp giấy tờ để nhận tiền từ tài khoản chi trả linh hoạt của tôi) hoặc nếu tôi có một thẻ ghi nợ cho tài khoản chi trả linh hoạt để trả các khoản chi phí như tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ.

THỎA THUẬN VÀ XÁC NHẬN HIỂU THÔNG TIN

- Tôi đã nhận được bản Thông báo về các Biện pháp bảo vệ và Quyền của Trẻ em và Gia đình, kể cả dữ kiện về Mức đồng thanh toán của gia đình.
- Tôi đồng ý thông báo cho điều phối viên dịch vụ của tôi nếu có thay đổi về thông tin tài chính được sử dụng để xác định mức chi phí dịch vụ can thiệp sớm của tôi, cũng như bất kỳ thay đổi nào về bảo hiểm của con tôi hoặc tình trạng nhận Medicaid/FAMIS. Tôi cũng hiểu rằng tôi cần liên lạc với điều phối viên dịch vụ của tôi nếu vào bất kỳ lúc nào tôi có thắc mắc hoặc quan ngại về thủ tục đồng thanh toán của gia đình và/hoặc chi phí của các dịch vụ can thiệp sớm. Tôi có thể gửi khiếu nại hành chính, yêu cầu hòa giải và/hoặc tiến hành một buổi điều trần không thiên vị nếu những bất đồng về lệ phí không thể giải quyết được ở cấp địa phương.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ được thông báo trước bằng văn bản ít nhất 30 ngày về bất kỳ thay đổi nào trong bảng lệ phí của nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm của tôi.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không trả lệ phí khi tới hạn, các dịch vụ có thể bị gián đoạn. Trước khi dịch vụ bị gián đoạn, điều phối viên dịch vụ của tôi sẽ liên lạc với tôi.
- Tôi hiểu rằng các thủ tục truy thu thông thường, có thể bao gồm việc sử dụng các cơ quan truy thu nợ, sẽ được sử dụng để truy thu số tiền còn nợ.
- Tôi đã nhận được bản sao các khoản lệ phí toàn phần cho dịch vụ can thiệp sớm.
- Tôi đã đọc, hiểu và sẽ tuân thủ các điều khoản trong thỏa thuận này. Tôi chứng nhận rằng thông tin tôi cung cấp về tình trạng tài chính của tôi là đầy đủ và chính xác nhất theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký của Cha Mẹ hoặc bên chịu trách nhiệm

Ngày

Chữ ký của nhân viên

Ngày



Infant & Toddler Connection of Virginia

TIẾT LỘ THÔNG TIN VÀ CHUYỂN NHƯỢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Tên của Trẻ: _____ Ngày sinh: _____

Tôi, _____, bằng cách ký tên dưới đây
Cha mẹ hoặc bên chịu trách nhiệm

cho phép _____:
Tên của (các) nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm

tiết lộ thông tin cần thiết cho (các) công ty bảo hiểm quy định dưới đây và đồng thời cũng
 yêu cầu thông tin cần thiết từ (các) công ty bảo hiểm quy định dưới đây:

Tên của (các) công ty bảo hiểm

Thông tin cần thiết có thể bao gồm kết quả chẩn đoán bệnh trạng của con tôi, các ngày nhận dịch vụ và các loại dịch vụ cũng như tất cả các thông tin khác cần thiết để giải quyết yêu cầu bảo hiểm thanh toán cho cơ quan này. Tôi đồng ý cho tiết lộ thông tin này và hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ sự chấp thuận của mình bất kỳ lúc nào bằng cách đưa thông báo bằng văn bản cho (các) nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm của con tôi. Việc hủy bỏ này sẽ có hiệu lực vào ngày nhận được thông báo.

Tôi cho phép trả trực tiếp các quyền lợi bảo hiểm cho:

Tên của (các) nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm

Chữ ký của Cha Mẹ hoặc bên chịu trách nhiệm

Ngày

Chữ ký của nhân viên

Ngày