

خدمات ادغام اطفال
اجازه برای صورتحساب بیمه خصوصی و عمومی

فقط برای استفاده دفتر
02-CIS تکمیلی با خانواده
نسخه 3.21
Ins. Co: (فقط برای استفاده دفتر)

تاریخ: _____
نام طفل: _____
نمبر تأمین اجتماعی طفل: _____
تاریخ تولد طفل: _____

معلومات بیمه اصلی

نام شرکت بیمه: _____ شماره تلفون شرکت بیمه: _____
آدرس شرکت بیمه: _____
نمبر پالیسی: _____ گروه یا نمبر قرارداد: _____ تاریخ اعتبار پالیسی: _____
نام استخدام کننده یا گروه: _____ نام دارنده پالیسی: _____

رضایت برای صورتحساب بیمه

- من اجازه میدهم که خدمات ادغام اطفال (CIS) در AHS هزینه خدمات مشخص شده در پلان ادغام (One Plan) من/طفلم را از بیمه خصوصی یا عمومی من مطالبه کند.
- من درک میکنم که میتوانم از دادن این رضایت خودداری کنم.
- من درک میکنم که اگر طفل من واجد شرایط خدمات برنامه مداخله زودهنگام بخش C باشد و من از رضایت برای مطالبه مصرف خدمات پلان ادغام (One Plan) از بیمه خصوصی یا عمومی خودداری کنم، این امتناع بر روی خدماتی که تحت پوشش برنامه مداخله زودهنگام بخش C هستند، تأثیری نخواهد داشت.
- من درک میکنم که با دادن این اجازه برای دریافت پرداخت از بیمه، معلومات مربوط به من/طفلم در پروسه مطالبه مصرف به اشتراک گذاشته میشود.
- من درک میکنم که اگر این فورم را امضا نکنم، هیچ کدام از فوایدی طفلم و خانوادهام تحت تأثیر قرار نخواهند گرفت.
- من درک میکنم که میتوانم رضایت خود را برای مطالبه مصرف بیمه خصوصی یا عمومی در هر زمان لغو کنم. اگر این رضایت را لغو کنم، این لغو فقط بر روی خدماتی که از تاریخ لغو به بعد ارائه میشوند اجرا خواهد شد. برای لغو رضایت، باید درخواست خود را به آدرس زیر ارسال کنم.
- من درک میکنم که در صورت واجد شرایط بودن طفلم برای مداخله زودهنگام، معلوماتی درباره حمایت مالی مداخله زودهنگام در بروشور سیستم پرداخت ها به من ارائه خواهد شد.

من اجازه میدهم که خدمات ادغام اطفال مصرف خدمات ارائه شده به من یا طفلم را از موارد زیر مطالبه کند: بیمه خصوصی مدیکید

برای خدمات ارائه شده به من یا طفلم در چارچوب خدمات پلان ادغام CIS یا خدمات مداخله زودهنگام بخش C. من درک میکنم که معلومات مربوط به خدمات من/طفلم، از جمله خدمات مداخله زودهنگام، ممکن است در این پروسه به اشتراک گذاشته شود.

یا

من رضایت نمیدهم که خدمات ادغام اطفال، از جمله مداخله زودهنگام بخش C، مصرف خدمات ارائه شده به من/طفلم را از بیمه خصوصی من مطالبه کند.

اگر با مطالبه مصرف از بیمه خصوصی موافق نیستید، لطفاً دلیل آن را مشخص کنید:

- حساب پس انداز صحتی من تخلیه/خالی خواهد شد. حق بیمه صحتی من افزایش مییابد.
- سایر فوایدی بیمه صحتی من کاهش مییابد. من یا طفلم ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات معافیت از مصارف خانه و اجتماعی نباشیم.

من تأیید میکنم که معلومات ارائه شده در این فورم صحیح است و موافقت میکنم که در صورت هرگونه تغییر، DCF/CDD را آگاه سازم. تغییرات باید به این آدرس ارسال شوند: Vermont DCF Child Development Division – Children's Integrated Services, 280 State Drive, NOB 1, 05671-2090 Waterbury, VT

امضای مشتری یا والدین/سرپرست قانونی: _____

تاریخ: _____