

خدمات ادغام اطفال
درخواست کمک مالی برای مداخله زودهنگام

لطفاً معلومات زیر را ارائه دهید تا درخواست شما برای کمک مالی پروسس شود:

نام والدین/سرپرست(ها)

آدرس پستی:

نام طفل:

_____ تاریخ تولد طفل: _____

لطفاً معلومات زیر را فهرست کنید:

- سرویسی که درخواست کمک مالی برای آن دارید مثلاً کاردرمانی، فیزیوتراپی، خدمات تغذیه و غیره.
- تعداد دفعات: چند بار؟ هفتگی، دو هفته یکبار، ماهانه و غیره.
- مبلغ هم پرداخت (co-pay) در هر ملاقات یا مبلغ قابل پرداخت قابل کسر بیمه ای که درخواست کمک مالی برای آن دارید.

درخواست کمک مالی برای خدمات زیر:

خدمت	فریکوینسی	هم پرداخت (در هر ویزیت) یا مبلغ سالانه قابل کسر

امضای والد: _____ تاریخ: _____

- ارائه دهنده خدمات، رسید مربوط به مصارف هم پرداخت بیمه را مستقیماً به واحد CIS/مداخله زودهنگام ارسال می کند. اگر شما به عنوان والد، رسیدی از ارائه دهنده خدمات طفل خود دریافت کردید، لطفاً آن را به آدرس زیر ارسال یا فکس کنید. شما مسئول هیچ مصرف اضافی برای خدمات تصدیق شده طفل خود نخواهید بود.
- ارائه دهنده خدمات، رسید مربوط به خدماتی را که طفل شما دریافت کرده است، به CIS/مداخله زودهنگام ارسال خواهد کرد، در صورتی که شرکت بیمه شما پرداخت را به دلیل کامل نشدن حد قابل کسر رد کند. مصرف این خدمت به عنوان بخشی از قابل کسر شما محاسبه خواهد شد، اما پرداخت آن از سوی CIS/مداخله زودهنگام انجام خواهد گرفت. اگر شما به عنوان والد، رسیدی از ارائه دهنده خدمات طفل خود دریافت کردید، لطفاً آن را به آدرس زیر ارسال یا فکس کنید. شما مسئول هیچ مصرف اضافی برای خدمات تصدیق شده طفل خود نخواهید بود.

CIS-مداخله زودهنگام
توجه: صدور بل مداخله زودهنگام
NOB 1 North, 280 State Drive
05671-1040 Waterbury, VT