



## وابستگی نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا

فرم موافقت نامه مالی \_\_\_\_\_ اولیه \_\_\_\_\_ تجدید نظر شده

نام کودک/کودکان: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_

من متوجه هستم که هزینه خدماتی که کودک دریافت میکند به حساب من گذاشته خواهد شد. من میتوانم هزینه خدمات را بطور کامل پرداخته و اطلاعات مالی خود را ارائه ندهم. چنانچه مخارج مربوطه با عث مضیقه مالی من گردد، میتوانم اطلاعات مالی خود را ارائه دهم تا بر مبنای سیستم توانایی پرداخت، حداکثر مبلغ ماهیانه ای که میتوانم بپردازم مشخص شود. من در استفاده از بیمه پزشکی خود برای پرداخت هزینه خدمات مداخله ای به موقع آزادم و در صورتی که مایل نباشم از آن استفاده نمیکنم.

استفاده از بیمه پزشکی (همه مواردی را که صدق میکند، علامت بزنید)

بدون بیمه: کودک من زیر پوشش هیچ بیمه پزشکی نیست.

من مایلم هماهنگ کننده خدماتم به من کمک کنم تا برای مدیکید تقاضا بدهم.

من مایلم هماهنگ کننده خدماتم به من کمک کند تا برای "برنامه ایمنی دسترسی خانواده به بیمه پزشکی" (FAMIS) تقاضا بدهم.

بیمه بهداشتی (پزشکی): کودک من زیر پوشش بیمه پزشکی است. (در صورت انتخاب یکی را علامت بزنید):

صورت حساب خدمات زیر پوشش باید به حساب بیمه من گذاشته شود. من موافقت میکنم که هر گونه سهمیه، دیداکتیل و/یا هزینه خدمات قابل اطلاقی را که زیر پوشش نیستند به طریقی که در قسمت مخارج در پائین ذکر شده بپردازم.

صورت حساب خدمات زیر پوشش نباید به حساب بیمه من گذاشته شود. من موافقت میکنم که همه مخارج یا نرخ خدمات برنامه را به طریقی که در قسمت مخارج در پائین ذکر شده بپردازم.

مدیکید/FAMIS: کودک من زیر پوشش مدیکید یا FAMIS است و من آگاهی دارم که هزینه خدمات زیر پوشش به حساب مدیکید/FAMIS گذاشته خواهد شد.

مخارج (یکی را علامت بزنید)

پرداخت هزینه کامل: من مایل نیستم اطلاعات مالی خود را ارائه دهم. من همه سهمیه ها و دیداکتیل های قابل اطلاق و/یا هزینه کامل یا نرخ برنامه را برای خدماتی که زیر پوشش بیمه نیست خواهم پرداخت.

هزینه های شامل تخفیف (در صورت انتخاب یکی را علامت بزنید)

سقف پرداخت ماهیانه: اسناد مربوط به درآمد حقیقی یا تخمینی شامل مالیات فدرال من ضمیمه است. بدین طریق مبلغی که خواهم پرداخت مشخص میشود. من موافقت میکنم که مخارج مربوطه را تا آنجائی که به سقف پرداخت ماهیانه من میرسد ولی از آن تجاوز نمیکند و \_\_\_\_\_ دلار است بپردازم.

تقاضای تجدید نظر در پرداخت هزینه (در صورت انتخاب یکی را علامت بزنید):

مبلغ هزینه ماهانه ای که بر مبنای جدول توانایی پرداخت محاسبه شده برای من مشکلات مالی به بار آورده است. سقف هزینه ای که میتوانم بپردازم بر مبنای اطلاعات مالی ضمیمه شده است، یا

\_\_\_\_\_ من قادر نیستم درآمد استاد درآمد واقعی یا تخمینی شامل مالیات خود را ارائه دهم. کپی چک حقوقی و یا اظهارنامه کتبی من که مبلغ درآمد مرا گواهی میکند و نیز هر گونه اطلاعات مالی اضافی لازم پیوست شده است.

\_\_\_\_\_ من موافقت میکنم که مخارج مربوطه را تا آنجائی که به سقف پرداخت ماهیانه من میرسد، ولی از آن تجاوز نمیکند و \_\_\_\_\_ دلار است بپردازم.

بدون هزینه: درآمد من زیر سطحی است که تکمیل کردن فرم های مالیات بر درآمد فدرال را الزامی میسازد و/یا درآمد من کودکم را برای مدیکید/FAMIS واجد شرایط میسازد. بنابراین من توانایی پرداخت هیچگونه هزینه ای را ندارم و هیچ مبلغی برای خدمات مداخله ای به موقع کودک خود نمی پردازم. (در صورت انتخاب یکی را علامت بزنید)

\_\_\_\_\_ کپی کارت مدیکید/FAMIS ضمیمه است. یا \_\_\_\_\_ واجد شرایط بودن در تاریخ \_\_\_\_\_ توسط \_\_\_\_\_ تایید شده است. اظهار نامه کتبی من دایر بر گواهی این موضوع که درآمدی ندارم پیوست شده است.

من موافقت می کنم که هماهنگ کننده خدمات خود را از هر گونه تغییر در اطلاعات مالی خود که برای تعیین هزینه خدمات مداخله ای به موقع از آن استفاده شده، و نیز هر گونه تغییر در بیمه کودکم یا وضعیت مدیکید/FAMIS او آگاه سازم. من این موضوع را درک می کنم که اگر در هر زمان در باره جریان برنامه توانایی پرداخت و/یا هزینه خدمات مداخله ای بموقع هر سوال و یا نگرانی داشتم باید با هماهنگ کننده خدمات خود تماس بگیرم. اگر در رابطه با تقاضای تجدید نظر درباره هزینه ها این مسئله در سطح محلی حل و فصل نشد و در این مورد اختلافی وجود داشت می توانم شکایت اداری یا تقاضای میانجیگری به میان آورده و/یا خواستار شوم که یک جلسه رسیدگی بیطرفانه تشکیل شود.

من متوجه این موضوع هستم که اگر در رابطه با برنامه هزینه های ارائه دهنده خدمات مداخله ای به موقع من هر گونه تغییری پیش آید در این مورد حداقل از 30 روز قبل یک اطلاعیه کتبی دیافت خواهم کرد.

من شرایط این موافقت نامه را خوانده و فهمیده ام و در مقابل مفاد آن خود را مسئول میدانم. من متوجه هستم که اگر هزینه های مربوطه را بموقع نپردازم، خدمات ممکن است قطع شود. قبل از آنکه خدمات قطع شود هماهنگ کننده خدماتم با من تماس خواهد گرفت.

من این موضوع را درک میکنم که برای وصول مبلغی که سررسید آن فرا رسیده از جریان عادی وصول مطالبات استفاده خواهد شد.

من کپی مخارج کامل خدمات مداخله ای به موقع را دریافت کرده ام.

من گواهی می کنم تا آنجا که علم و اطلاع دارم اطلاعاتی که در رابطه با وضعیت مالی خود ارائه داده ام کامل و دقیق است.

امضای والد یا طرف مسئول \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

امضای کارمند مربوطه \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

## در میان گذاشتن اطلاعات و تعیین مزایا (اختیاری)

بدینوسیله به

من،

والد یا طرف مسئول

اجازه می دهم که:

نام ارائه دهنده یا ارائه دهندگان خدمات مداخله ای به موقع

X اطلاعات لازم را در اختیار شرکت یا شرکت های بیمه ذکر شده در پایین قرار دهند و نیز  
X اطلاعات لازم را از شرکت یا شرکت های بیمه ذکر شده در پایین درخواست کنند:

نام شرکت یا شرکت های بیمه

اطلاعات لازم می تواند شامل تشخیص های طبی مربوط به کودک، تاریخ خدمات و نوع خدمات و همه گونه اطلاعات لازم دیگر برای به جریان انداختن ادعاهای بیمه من جهت پرداخت به این سازمان باشد. من در رابطه با در میان گذاشتن این اطلاعات رضایت خود را اعلام می دارم و این موضوع را درک می کنم که در هر زمان می توانم با تحویل یک اطلاعیه کتبی به ارائه دهنده یا ارائه دهندگان خدمات مداخله ای به موقع فرزندم این رضایت را فسخ کنم. این فسخ از تاریخ دریافت اطلاعیه ذکر شده به اجرا در خواهد آمد.

من اجازه میدهم که هر گونه مزایای بیمه مستقیماً به شخص یا اشخاص زیر پرداخت شود:

نام ارائه دهنده یا ارائه دهندگان خدمات مداخله ای به موقع

تاریخ

امضای والد یا طرف مسئول

تاریخ

امضای کارمند مربوطه