



وابستگی نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا

فرم موافقت نامه سهم هزینه خانواده _____ حروف اول نام و نام خانوادگی _____ 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 بدین تصمیم باشم که اطلاعات مالی خود را ارائه ندهم و همه سهمیه ها، کسورات (دیداکتبل ها)، و / یا هزینه کامل قابل اطلاق نرخ خدمات مداخله ای به موقعی را که تحت پوشش بیمه نیست بپردازم. چنانچه این وضعیت باعث مضیقه مالی من گردد، میتوانم اطلاعات مالی خود را ارائه دهم تا بر مبنای سیستم سهمیه خانواده، حداکثر مبلغ ماهیانه ای که میتوان 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 کند 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 دهم.
- 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، دیداکتبل و/یا هزینه خدمات قابل اطلاق را که زیر پوشش نیستند به طریقی که در قسمت مخارج در پائین ذکر شده بپردازم.
- مخارج خدمات تحت پوشش نباید به حساب من گذاشته شود. من بدین باورم که استفاده از بیمه من به یک ضرر اقتصادی از قبیل کاهش در پوشش موجود مادام العمر، افزایش سهم بیمه، یا قطع بیمه منجر خواهد شد. من موافقت می کنم که هرگونه سهم بیمه، کسورات (دیداکتبل)، و/یا خدماتی که بدون پوشش قابل صدق را بصورتی پرداخت کنم که در گزینه مخارج در زیر تشریح شده است.
- 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 دیداکتبل های قابل اطلاق و/یا هزینه کامل و / یا نرخ کامل بازپرداخت خدمات مداخله ای به موقع را 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 مورد بررسی قرار گرفته 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 سهم خانواده 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 کودک را برای مدیکید/FAMIS واجد شرایط میسازد. بنابراین من توانائی پرداخت هیچگونه هزینه ای را ندارم و هیچ مبلغی برای خدمات مداخله ای به موقع کودک خود نمی بپردازم. (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.
- گزینه به تأخیر انداختن خدمات: از تاریخی که برنامه اختصاصی خدمات خانواده را برای ارائه اطلاعات مربوط به درآمد امضا کرده ام 30 روز تقویمی به من فرصت داده شد زیرا قادر نبودم آن اطلاعات را قبل از ایجاد برنامه اختصاصی خدمات خانوادگی ارائه دهم. آن دوره 30 روزه پایان یافته و این گزینه به من داده شده تا اطلاعات درآمد را عرضه کنم، گزینه هزینه کامل در بالا را انتخاب کنم، یا خدمات بیشتر غیر از آنچه که بصورت رایگان در دسترس بوده را تا زمانی که بتوانم اطلاعات مربوط به درآمد را ارائه دهم به تأخیر اندازم. انتخاب من به تأخیر انداختن خدمات بیشتر به جز آنهایی است که بصورت رایگان در اختیار من است و این وضعیت تا زمانی ادامه دارد که اطلاعات مربوط به درآمد خود را عرضه نمایم.

اعلام موافقت و تفاهم

- 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 کودک یا وضعیت مدیکید/FAMIS او آگاه سازم. من این موضوع را درک می کنم که اگر در هر زمان در باره جریان سهمیه خانوادگی و/یا هزینه خدمات مداخله ای بموقع هر سؤال 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 دریافت 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.

تاریخ

امضای والد یا طرف مسئول

تاریخ

امضای کارمند مربوطه

در میان گذاشتن اطلاعات و تعمیم مزایا (اختیاری)

من، بدینوسیله به

والد یا طرف مسئول

اجازه می دهم که:

نام ارائه دهنده یا ارائه دهندگان خدمات مداخله ای به موقع

اطلاعات لازم را در اختیار شرکت یا شرکت های بیمه ذکر شده در پایین قرار دهند و نیز
 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 طبي 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