



# 버지니아주 영유아 단체

## 가족 부담 비용 동의서

\_\_\_\_\_ 최초 \_\_\_\_\_ 개정

아동 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

나는 우리 아이가 받는 서비스 비용이 있다는 것을 알고 있습니다. 나는 재정 정보를 제공하지 않고 모든 관련 자기부담금(co-payments), 공동보험, 공제금액, 및/또는 보험이 적용되지 않는 서비스에 대한 조기 개입 요금 전액을 지불하기로 선택할 수 있습니다. 이로 인해 경제적 어려움이 따를 경우 가족 부담 비용 시스템에 따른 월별 최대 한도를 결정할 수 있도록 재정 정보를 알려드릴 수 있습니다. 나는 내 의료보험을 사용하여 조기 개입 서비스 비용을 낼 것인지의 여부를 선택할 수 있습니다.

### 의료보험 사용 (해당 사항 모두 표시)

**보험 적용 안 됨:** 우리 아이는 어떤 의료보험의 적용도 받지 못합니다.

내 서비스 조정관이 Medicaid 신청을 도와주었으면 합니다.

내 서비스 조정관이 FAMIS(Family Access to Medical Insurance Security Plan) 신청을 도와주었으면 합니다.

나는 이미 Medicaid 또는 FAMIS 신청을 진행하고 있습니다

**건강(의료)보험:** 우리 아이는 의료보험의 적용을 받고 있습니다. (선택하였다면 하나만 표시)

내 보험회사는 보험 적용이 되는 서비스에 대해 비용을 청구 받아야 합니다. 나는 아래의 **요금 청구** 옵션에 표시된 방식대로 관련 자기부담금, 공동보험, 공제금액 및/또는 보험금 지급 대상이 아닌 서비스에 대해서도 요금을 낸다는 데 동의합니다.

내 보험회사는 보험 적용이 안 되는 서비스에 대해 비용을 청구 받아서는 안 됩니다. 나는 아래의 **요금 청구** 옵션에 표시된 방식대로 서비스 요금을 낸다는 데 동의합니다.

**Medicaid/FAMIS:** 우리 아이는 Medicaid 또는 FAMIS의 보험 적용을 받고 있으며, 보험 적용이 되는 서비스에 대해 Medicaid/FAMIS에 비용이 청구된다는 사실을 알고 있습니다.

### MEDICAID 보장 점검 (귀 자녀가 현재 Medicaid/FAMIS 보험 적용을 받지 않는 경우 하나만 표시)

나는 우리 지역의 조기 개입 시스템이 우리 아이가 Medicaid 또는 FAMIS의 보장을 받는지 여부를 알아보기 위해 정기적인 검사를 할 수 있도록 허가합니다.

나는 우리 지역의 조기 개입 시스템이 우리 아이가 Medicaid 또는 FAMIS의 보장을 받는지 여부를 알아보기 위해 정기적인 검사를 할 수 있도록 허가하지 않습니다.

### 요금 청구 (하나만 선택)

**요금 전액 청구:** 나는 재정 정보를 알려주고 싶지 않습니다. 나는 보험이 적용되지 않는 서비스의 모든 관련 자기부담금(co-payments), 공동보험, 공제금액, 및/또는 전체 조기 개입 환급 금액을 지불할 것입니다.

**할인 비용** (선택하였다면 하나만 표시)

**월별 한도액:** 나의 실질 또는 추정 연방 과세소득 자료가 검토되었습니다. 이 검토로 내가 내야 할 액수가 결정됩니다. 나는 우리가족의 최대 월별 한도액 \$\_\_\_\_\_ (을)를 초과하지 않는 수준으로 지불하는 것에 동의합니다.

**비용 감소** (선택하였다면 하나만 표시)

\_\_\_가족 부담 비용 요금 범위로 산출된 월별 한도액은 재정적인 어려움을 초래합니다. 나의 월별 한도액은 첨부된 추가 재정 정보를 기준으로 산출되었습니다, 또는

\_\_\_나는 나의 실질 또는 추정 과세소득을 증빙할 수 없습니다. 내 급여명세서 또는 내 소득금액 증빙서, 기타 재정 정보 내역을 첨부하였습니다.

나는 우리가족의 최대 월별 한도액 \$\_\_\_\_\_ (을)를 초과하지 않는 수준으로 지불하는 것에 동의합니다.

**Medicaid/FAMIS/무소득:** 우리 아이는 Medicaid/FAMIS 수혜 자격 대상이며/또는 나는 현재 소득이 없습니다. 따라서 나는 비용을 납부할 능력이 없으며, 우리 가족에 대한 우리 아이의 조기 개입 서비스 비용을 무료로 받겠습니다. (선택하였다면 하나만 표시)

나의 Medicaid/FAMIS 카드 사본을 첨부하며 또는 \_\_\_\_\_ [날짜]에 \_\_\_\_\_에 의해 받은 수혜 자격 증명서를 첨부합니다.

나에게 수입이 없음을 증빙하는 진술서를 첨부합니다.



# 버지니아주 영유아 단체

## 가족 부담 비용 동의서 (2페이지)

\_\_\_\_\_최초 \_\_\_\_\_개정

아동 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

### **신축적 지출 계정(FLEXIBLE SPENDING ACCOUNT)** (모든 가정은 아래 란에 표시해야 함)

나는 나에게 우리 가족 또는 서비스 제공자에 일시불 비용(예, 자기부담금, 공동보험, 공제금액 등)을 자동으로 지불하는 헬스케어 신축적 지출 계정이 있는 경우 위 '요금 청구' 섹션에 표시된 월별 한도액이 내 건강보험에서 보장하지 않는 서비스에만 적용되며, 내 신축적 지출 계정에 담긴 금액을 모두 사용할 때까지 조기 개입 서비스를 위해 어떤 보험의 자기부담금, 공동보험, 공제금액도 전액을 부담한다는 것을 잘 알고 있습니다.

- 내 신축적 지출 계정에 있는 금액을 모두 사용하고 나면, 월별 한도액이 우리 아이의 IFSP에 표시된 모든 서비스 비용을 지불합니다.
- 내 신축적 지출 계정에 남은 돈이 없거나 내 가정 또는 서비스 제공자에게 더 이상 자동 지불이 되지 않도록 내 신축적 지출 계정을 변경할 수 있을 경우 내 서비스 조정관에게 통보할 것입니다.
- 내 신축적 지출 계정이 상환 방식에 따라 이뤄질 경우(예, 서류를 제출해야 내 신축적 지출 계정에서 돈을 받을 수 있음) 또는 내게 자기부담금, 공동보험, 공제금액과 같은 비용 지불을 위한 신축적 지출 계좌 직불 카드가 있을 경우 본 정책은 내게 적용되지 않습니다.

### **동의 및 이해서**

- 나는 가족 부담 비용에 대한 사실(Facts About Family Cost Share)을 포함한 아동 및 가족 권리 보호 조항에 관한 통지서를 받았습니니다.
- 나는 나의 조기 개입 서비스 비용 결정에 사용되는 내 재정 정보에 변동 사항이 생기거나 우리 아이의 보험 또는 Medicaid/FAMIS 상태에 변동 사항이 생길 경우 이를 내 서비스 조정관에게 통지하는 데 동의합니다. 또한 나는 언제라도 가족 부담 비용 프로세스 및/또는 조기 개입 서비스 비용에 대한 문의사항이 있을 경우 내 서비스 조정관에게 문의해야 한다는 것을 잘 알고 있습니다. 나는 요금과 관련한 의견차이가 지역 단위에서 해결되지 않을 경우 행정심판을 제기하고 중재를 요청하고 또는 공정한 심의에 착수할 수 있습니다.
- 나는 내 조기 개입 서비스 제공자의 요금 일정에 변동 사항이 발생하는 경우 최소 30일 이내에 서면 통지를 받는다는 것을 알고 있습니다.
- 나는 서비스 비용 지불 기한까지 이를 지불하지 않을 경우 서비스가 중단될 수 있음을 알고 있습니다. 서비스가 중단되기 전에 나는 서비스 조정관의 연락을 받을 것입니다.
- 나는 정산액을 배상 받기 위해 정수 기관의 이용이 포함될 수 있는 통상적인 정수 절차가 활용된다는 점을 알고 있습니다.
- 나는 조기 개입 서비스 요금 전액에 대한 내역서를 받았습니니다.
- 나는 본 계약 약관을 읽고 파악했으며 이를 준수할 것입니다. 나는 내 재정 상태와 관련해 제공한 정보가 완전하며 사실임을 증명합니다.

\_\_\_\_\_  
부모 또는 책임자 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
직원 서명

\_\_\_\_\_  
날짜



# 버지니아주 영유아 단체

## 정보 제공 및 이익의 할당(INFORMATION RELEASE AND ASSIGNMENT OF BENEFITS)

아동 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

본인, \_\_\_\_\_ (은)는 이로써  
부모 또는 책임자

\_\_\_\_\_에게 다음의 권한을 위임합니다.  
조기 개입 서비스 제공 당사자의 이름

- 필요한 정보를 하단에 명기된 보험회사 및 \_\_\_\_\_에게 제공합니다.
- 하단에 명기된 보험회사에 필요한 정보를 요청합니다.

\_\_\_\_\_ 보험회사(들)의 이름

필요 정보에는 우리 아이의 진단, 서비스 날짜 및 서비스 유형 및 본 기관에 대한 지불을 요청할 보험 절차에 필요한 모든 기타 정보가 포함될 수 있습니다. 나는 본 정보를 제공하는 데 동의하며, 우리 아이에게 조기 개입 서비스를 제공하는 제공자에게 서면 통지를 전달하여 언제라도 나의 동의를 취소할 수 있습니다. 본 취소는 서면 통지가 도착하는 날로부터 유효합니다.

나는 보험금 지급을 하단에 명기된 곳으로 직접하도록 권한을 위임합니다.

\_\_\_\_\_ 조기 개입 서비스 제공자(들)의 이름(들)

\_\_\_\_\_ 부모 또는 책임자 서명

\_\_\_\_\_ 날짜

\_\_\_\_\_ 직원 서명

\_\_\_\_\_ 날짜