



버지니아주의 영유아 단체 (Infant & Toddler Connection of Virginia)

재정 합의 양식

_____ 이니셜 _____ 받은 날짜

아동/아동들의 이름: _____ 생년월일: _____

본인이 자녀가 받는 서비스에 대해 청구를 받게 된다는 사실을 이해했습니다. 모든 청구 비용을 지불하고 재정 정보를 제공하지 않는 것을 선택할 수 있습니다. 청구 비용이 재정적 어려움을 초래하는 경우, 본인은 능력별 부담 시스템에 따라 월별 상한선을 결정하기 위한 재정 정보를 제출할 수 있습니다. 조기 개입 서비스에 본인의 의료 보험을 적용 여부를 본인이 선택할 수 있습니다.

의료 보험 사용 (해당 사항 모두 표시)

보험 적용 안됨: 본인의 자녀는 어떤 의료 보험의 적용도 받지 못합니다.

- 서비스 진행자가 본인의 메디케이드 신청을 도와주기를 바랍니다.
- 서비스 진행자가 본인의 FAMIS(Family Access to Medical Insurance Security Plan) 신청을 도와주기를 바랍니다.

건강 (의료) 보험: 본인의 자녀는 의료 보험의 적용을 받고 있습니다. (선택하셨다면, 표시해주시시오)

- 본인의 보험 회사는 보험 적용이 되는 서비스에 대해 청구를 해야 합니다. 본인은 하단의 **청구**에 명시된 방법에 따라 적절한 공동 지불, 감면 및/혹은 보험 적용이 안 되는 서비스에 대해 이를 지불할 것에 동의합니다.
- 본인의 보험 회사는 보험 적용이 되는 서비스에 대해서 청구해서는 안됩니다. 본인보험의 사용은 재정 손실 감소와 같은 사용 가능한 평생 범위에서 보험료의 상승, 또는 정책의 중지를 결과를 초래하는것을 인지합니다. 본인은 하단의 **청구**에 명시된 방법에 따라 서비스의 전체 비용 혹은 프로그램 비율에 따라 지불할 것에 동의합니다.

메디케이드/FAMIS: 본인의 자녀는 메디케이드 또는 FAMIS의 보험 적용을 받고 있으며, 보험 적용이 되는 서비스에 대해 메디케이드/FAMIS에서 청구할 것이라는 사실을 이해하고 있습니다.

청구 (하나 선택)

전체 청구: 본인은 재정 정보를 제공하고 싶지 않습니다. 본인은 보험에 적용되지 않는 서비스의 적절한 공동 지불, 감면액 및/혹은 전체 청구 금액 혹은 프로그램 비율을 지불할 것입니다.

할인된 비용 (선택하셨다면, 표시해주시시오)

- 월별 상한선: 본인의 실질 혹은 연방 정부 세금 납부 수입에 대한 문서가 검토되었습니다. 이 문서가 본인이 지불할 금액을 결정하게 될 것입니다. 본인은 본인 가족의 월별 상한선인 _____달러를 초과하지 않는 선에서 청구 금액을 지불할 것에 동의합니다.
- 비용 상소 (선택하셨다면, 표시해주시시오)

__재정합의 기준에 따라 계산된 월별 상한선의 금액이 재정적 어려움을 초래합니다. 본인의 월별 상한선은 첨부된 추가 재정 정보에 따라 계산되었습니다, 혹은

__본인은 실제 혹은 대략적인 세금 납부 수입에 대한 문서를 제출할 수 없습니다. 첨부된 문서는 필요한 추가 재정 정보 뿐 아니라 본인의 봉급 명세서 혹은 본인의 수입 정도를 입증하는 진술서의 사본입니다.

본인은 본인 가족의 월별 상한선인 _____달러를 초과하지 않는 선에서 청구 금액을 지불할 것에 동의합니다.

비용 지불 없음: 본인의 수입은 연방 정부 소득세 양식 작성에 필요한 수준에 미치지 못하며/못하거나 본인의 수입이 자녀가 메디케이드/FAMIS의 적용을 받을 수 있는 수준입니다. 그러므로, 본인은 그 어떤 비용도 납부할 능력이 없으며, 자녀의 조기 개입 서비스에 어떤 비용도 지불하지 않을 것입니다. (선택하셨다면, 표시해주시시오)

__ 본인의 메디케이드/FAMIS 카드 사본을 첨부했습니다. 혹은 _____에 _____의한 자격을 제출합니다.

__ 본인에게 수입이 없음을 증명하는 진술서를 첨부하였습니다.

서비스를 지연하도록 선택: 본인은 IFSP 전개이전에 해당 정보를 제공할 수 없었기 때문에 전 소득 정보를 제공을 IFSP에 서명 일로부터 30일 기간안에 하도록 받았습니다. 그 30일 기간이 끝나고 난 옵션을 소득 정보를 제공하기 위해 전체 요금 옵션을 상기

선택하거나 추가 서비스를, 그 구매 비용 부담없이 이외의 지연, 전 소득 정보를 제공할 수있을 때까지 주어진되었습니다. 전 소득 정보를 제공할 수있을 때까지 본인은 더 이상 서비스를, 그 구매 비용 부담없이 이외의 지연 시간을 선택합니다.

동의와 이해서

- 본인은 자녀의 보험 또는 메디케이드/FAMIS 상태에 어떤 변경이 있을 경우 뿐 아니라 재정 정보에 어떤 변화가 있을 경우 조기 개입 서비스 비용을 결정하는데 사용하기 위해 이를 서비스 진행자에게 통지할 것에 동의합니다. 또한 본인은 능력별 부담 절차 및/혹은 조기 개입 서비스 비용에 대해 어떤 질문이나 우려가 있는 경우 언제든지 서비스 진행자에게 연락하여야 한다는 사실을 이해하고 있습니다. 본인은 행정적 불만 사항, 중재 요청 및/혹은 비용 상소에 대한 불화가 지역 수준에서 해결될 수 없는 경우 공정한 청문회 제안 등을 신청할 수 있습니다.
- 본인은 조기 개입 서비스 제공자의 청구 일정에 어떠한 변화가 있는 경우 최소 30 일 이전에 서면 통지를 받게 된다는 사실을 이해하고 있습니다.
- 본인은 본 동의서에 있는 규정을 모두 읽고, 이해하였으며, 이에 따를 것에 동의합니다. 본인은 서비스 비용 지불 기한까지 이를 지불하지 않는 경우, 서비스가 중단될 수 있다는 사항을 이해하고 있습니다. 서비스가 중단되기 전, 본인은 서비스 진행자의 연락을 받게 됩니다.
- 본인은 서비스 제공자측에서 정산액을 배상받기 위해 통상적 징수 절차를 밟게 된다는 사실을 이해하고 있습니다.
- 본인은 조기 개입 서비스의 총 청구 비용에 대한 사본을 받았습니다.
- 본인은 본인의 재정 상태에 관해 제출한 정보가 본인이 아는 한 정확하고 완벽한 것이라는 사실을 보증합니다.

부모 혹은 책임자 서명

날짜

직원 서명

날짜

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

본인, _____, 은 이로서

책임 가족 당사자

_____에게 다음의 권한을 위임합니다.

조기 개입 서비스 제공 당사자의 이름

필요한 정보를 하단에 명기된 보험회사 및 _____에게 제공합니다.

하단에 명기된 보험회사에 필요한 정보를 요청합니다.

_____ 보험 회사(들)의 이름

필요 정보에는 자녀의 진단, 서비스 날짜 및 서비스 유형 및 본 기관에 대한 지불을 요청할 보험 절차에 필요한 모든 기타 정보가 포함될 수 있습니다. 본인은 본 정보를 제공하는데 동의하며, 본인의 자녀에게 조기 개입 서비스를 제공하는 제공자에게 서면 통지를 전달하여 향시라도 본인의 동의를 취소할 수 있습니다. 본 취소는 서면 통지가 도착하는 날부터 유효합니다.

본인은 보험금 지급을 하단에 명기된 곳으로 직접 하도록 권한을 위임합니다.

_____ 조기 개입 서비스 제공자(들)의 이름(들)

_____ 부모 혹은 책임자 서명

_____ 날짜

_____ 직원 서명

_____ 날짜