



Infant & Toddler Connection of Virginia

Mẫu Thỏa Thuận Tài Chánh

_____ Ký tắt _____ Được sửa lại

Tên của đứa bé (các đứa bé): _____ Ngày sinh: _____

Tôi hiểu rằng tôi sẽ bị tính tiền các dịch vụ con tôi nhận được. Tôi có thể chọn cách trả trọn số tiền và không cung cấp chi tiết tài chánh. Nếu khoản tiền phải trả là một sự khó khăn về tài chánh, tôi có thể cung cấp chi tiết tài chánh để định mức giới hạn tối đa phải trả hàng tháng dựa trên phương pháp có khả năng chi trả. Tôi có thể chọn dùng hay không dùng bảo hiểm y tế của tôi để trả cho các dịch vụ can thiệp sớm.

DÙNG BẢO HIỂM Y TẾ (đánh dấu tất cả các ô thích hợp)

Không có bảo hiểm: Con tôi không có bảo hiểm y tế.

Tôi muốn người điều hợp dịch vụ giúp tôi nộp đơn xin Medicaid.

Tôi muốn người điều hợp dịch vụ giúp tôi nộp đơn xin vào chương trình Gia Đình Tiếp Cận Chương Trình An Toàn Bảo Hiểm Y Tế (Family Access to Medical Insurance Security Plan, gọi tắt là FAMIS).

Bảo hiểm sức khỏe (y tế): Con tôi có bảo hiểm y tế. (Nếu chọn, đánh dấu một ô)

Tính tiền bảo hiểm của tôi cho những dịch vụ được bảo hiểm chịu trả. Tôi đồng ý trả các khoản phải trả chung, khấu trừ và/hoặc những dịch vụ nào không được bảo hiểm chịu trả qua cách thức được đề cập đến trong phần **CÁC KHOẢN PHẢI TRẢ** bên dưới.

ĐỪNG tính tiền bảo hiểm của tôi cho những dịch vụ được bảo hiểm chịu trả. Tôi nghĩ là nếu dùng bảo hiểm của tôi thì sẽ làm thiệt thòi tiền bảo hiểm của tôi như làm giảm tiền bao trả cả đời của tôi, gia tăng tiền bảo phí, hoặc bảo hiểm bị chấm dứt. Tôi sẽ đồng ý trả trọn số tiền phải trả hoặc trọn mức giá cho các dịch vụ qua cách thức được đề cập đến trong phần **CÁC KHOẢN PHẢI TRẢ** bên dưới.

ĐỪNG tính tiền bảo hiểm của tôi cho những dịch vụ được bao trả, Tôi đồng ý trả trọn đủ số tiền cho dịch vụ can thiệp sớm theo như thể thực tính **CÁC KHOẢN PHẢI TRẢ** được kê khai bên dưới.

Medicaid/FAMIS: Con tôi được Medicaid hoặc FAMIS trả và tôi hiểu rằng Medicaid/FAMIS sẽ bị tính tiền cho các dịch vụ.

CÁC KHOẢN PHẢI TRẢ (đánh dấu một ô)

Trả Trọn Số Tiền: Tôi không muốn cung cấp thông tin tài chánh. Tôi sẽ trả tất cả các khoản tiền phải trả chung, các khoản khấu trừ, và/hoặc trọn số tiền phải trả hoặc trọn mức giá cho các dịch vụ không được bảo hiểm chi trả.

Các Lệ Phí Được Giảm (Nếu chọn, đánh dấu một ô)

Mức Giới Hạn Tối Đa Hàng Tháng: Giấy tờ ghi nhận thu nhập thật sự hoặc thu nhập ước tính mà có thể bị đóng thuế liên bang được kèm theo đây. Giấy tờ này sẽ định khoản tiền mà tôi phải trả. Tôi đồng ý trả các khoản tiền phải trả lên đến, nhưng không vượt quá, mức giới hạn tối đa hàng tháng của gia đình tôi là \$ _____.

Kháng Phí (Nếu chọn, đánh dấu một ô):

___ Số tiền giới hạn tối đa hàng tháng được tính dựa trên khả năng chi trả là một khó khăn tài chánh. Mức giới hạn tối đa hàng tháng của tôi được dựa trên các chi tiết tài chánh được đính kèm thêm ở đây, **HOẶC**

___ Tôi không thể đưa ra giấy tờ về thu nhập thật sự hay thu nhập ước tính mà có thể bị đóng thuế của tôi. Kèm theo đây là bản sao cùi lương hoặc tuyên bố trên giấy chứng thực thu nhập của tôi, cũng như bất cứ chi tiết tài chánh nào được yêu cầu thêm.

Tôi đồng ý trả các khoản tiền phải trả lên đến, nhưng không vượt quá, mức giới hạn tối đa hàng tháng của gia đình tôi là \$ _____.

Không Có Lệ Phí: Thu nhập của tôi dưới mức phải điền đơn khai thuế liên bang và/hoặc thu nhập của tôi làm con tôi đạt tiêu chuẩn được hưởng Medicaid/FAMIS. Do đó, tôi không có khả năng chi trả bất cứ lệ phí nào, và sẽ không phải trả gì hết cho các dịch vụ can thiệp sớm cho con tôi. (Nếu chọn, đánh dấu một ô)

___ Bản sao thẻ Medicaid/FAMIS của tôi kèm theo đây. **HOẶC** ___ Xác nhận đạt tiêu chuẩn vào _____ bởi _____.

___ Lời tuyên bố trên giấy chứng thực rằng tôi không có thu nhập được đính kèm ở đây.

Chọn Hoãn dịch vụ: Tôi được cho thời hạn 30 ngày kể từ ngày ký kết bản đơn IFSP để có thì giờ bỏ tức thông tin về tiền lương của tôi và tôi đã không thể cung cấp thông tin này trước khi làm hồ sơ IFSP. Thời hạn 30 ngày đó đã chấm dứt và bây giờ tôi sẽ chọn một là phải cung cấp thông tin về tiền lương, hoặc chọn trả đủ số tiền như trên hoặc hoãn lại dịch vụ sẽ được cung cấp ngoại trừ các dịch vụ được cung cấp miễn phí, cho đến khi nào tôi cung cấp được thông tin về tiền lương của tôi. Tôi muốn chọn hoãn lại các dịch vụ ngoại trừ các dịch vụ miễn phí cho đến khi nào tôi có thể cung cấp thông tin về tiền lương của tôi.

LỜI TUYÊN BỐ CHẤP THUẬN VÀ THÔNG HIỂU

- Tôi đồng ý sẽ báo cho người điều hợp dịch vụ của tôi về bất cứ những sự thay đổi nào trong chi tiết tài chánh mà được dùng để định phí tổn các dịch vụ can thiệp sớm, cũng như bất cứ sự thay đổi nào đối với tình trạng bảo hiểm hay Medicaid/FAMIS của con

tôi. Tôi cũng hiểu rằng tôi nên liên lạc người điều hợp dịch vụ của tôi vào bất cứ lúc nào mà tôi có thắc mắc hay quan tâm về phương pháp có khả năng chi trả và/hoặc phí tổn của các dịch vụ can thiệp sớm. Tôi có quyền nộp đơn khiếu nại hành chính, yêu cầu có cuộc hòa giải, và/hoặc khởi xướng một buổi lắng nghe trình bày không thiên vị nếu các bất đồng về việc kháng phí không thể giải quyết tại cấp địa phương.

- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được bản thông cáo trên giấy tờ ít nhất là 30 ngày trước khi có bất kỳ một sự thay đổi nào trong giá biểu các khoản phải trả của nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm.
- Tôi đã đọc, hiểu, và sẽ tuân thủ các điều khoản trong bản thỏa thuận này. Tôi hiểu rằng nếu tôi không trả lệ phí khi đến hạn thì các dịch vụ có thể sẽ bị chấm dứt. Trước khi dịch vụ bị chấm dứt, người điều hợp dịch vụ của tôi sẽ liên lạc tôi.
- Tôi hiểu rằng những phương cách đòi tiền thông thường sẽ được áp dụng để lấy lại những khoản tiền đã đến hạn phải trả.
- Tôi đã nhận được bản sao của những khoản tiền trả trọn cho các dịch vụ can thiệp sớm.
- Tôi chứng nhận rằng những gì tôi đã cung cấp liên quan đến tình trạng tài chính của tôi là đầy đủ và chính xác theo sự hiểu biết nhất của tôi.

Chữ Ký của Phụ Huynh hay Người Chịu Trách Nhiệm

Ngày

Chữ Ký của Nhân Viên

Ngày

CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN VÀ CHUYỂN NHƯỢNG QUYỀN LỢI (Tùy ý)

Tôi, _____, bằng cách này cho phép
Phụ huynh hay người có trách nhiệm

được:

_____ Tên của nhà hay các nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm

tiết lộ các thông tin cần thiết cho công ty hay các công ty bảo hiểm được chỉ định bên dưới và cũng được
 đòi hỏi các thông tin cần thiết từ công ty hay các công ty bảo hiểm được chỉ định bên dưới:

_____ Tên của công ty hay các công ty bảo hiểm

Những thông tin cần thiết có thể bao gồm kết quả chẩn đoán của con tôi, ngày nhận được dịch vụ và loại dịch vụ được nhận và tất cả các thông tin cần thiết khác để tiến hành việc đòi tiền bảo hiểm để trả tiền cho cơ quan này. Tôi đồng ý cho tiết lộ thông tin này và hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ sự đồng ý của tôi, vào bất cứ lúc nào, bằng cách gửi một thông cáo trên giấy đến cho nhà cung cấp hay những nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm cho con tôi. Việc hủy bỏ sẽ có hiệu lực vào ngày bản thông cáo được nhận.

Tôi cho phép các khoản tiền phải trả cho các quyền lợi bảo hiểm được trả thẳng cho:

_____ Tên của nhà cung cấp hay những nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm

Chữ Ký của Phụ Huynh hay Người Chịu Trách Nhiệm

Ngày

Chữ Ký của Nhân Viên

Ngày