



WASHINGTON STATE
Department of
Children, Youth, and Families

الدعم المبكر للرضع وحديثي المشي (ESIT)

موافقة وإشعار خطي مسبق للوصول إلى التأمين الخاص والعام أو أي منهما ونموذج التحقق من النفقات والدخل

التاريخ:	برنامج التدخل المبكر -- الوكالة الرائدة المحلية أو مقدم الخدمة:
اسم منسق الموارد الأسرية:	هاتف منسق الموارد الأسرية:

القسم أ: معلومات تعريفية

اسم الطفل القانوني:	الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	تاريخ ميلاد الطفل:
اسم (أسماء) الوالدين/الأوصياء	هاتف:	xx/xx/xxxx		

القسم ب- موافقة وإشعار كتابي خطي مسبق بشأن تغطية الرعاية الصحية الخاصة أو العامة للخدمات التي تخضع لشرط مشاركة الأسرة في التكاليف (يتم تعبئته بواسطة الوالد - تحقق من العمل بذلك)

ب-1 "Apple Health for Kids"/"Medicaid" (تغطية رعاية صحية خاصة)

- أصرح لمقدمي الدعم المبكر للرضع وحديثي المشي بتقديم مطالبات لـ "Apple Health for Kids/Medicaid" (مقدم تغطية الرعاية الصحية العامة لي) لسداد مقابل خدمات التدخل المبكر وفقاً للجزء "C" من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات التي سيتم توفيرها لطفلي وفقاً لخطة خدمة الأسرة الفردية. وأخول الدعم المبكر للرضع وحديثي المشي للإفصاح عن معلوماتي المحددة للهوية لـ "Apple Health for Kids"/"Medicaid" لمطالبتها بسداد مقابل هذه المنافع، وأنفهم أنه إذا كان لدي تغطية/تأمين رعاية صحية خاصة، يحق لـ "Apple Health for Kids/Medicaid" استرداد التكاليف من شركة التأمين الخاصة بي. كما أنفهم أن بإمكانني إلغاء هذا التصريح في أي وقت عن طريق إشعار منسق الموارد الأسرية الخاصة بي.
- وأنفهم أن مقدمي التدخل المبكر سيحصلون على موافقتي إذا كان الوصول إلى "Apple Health for Kids"/"Medicaid" سوف يؤدي إلى أي مما يلي:
- خفض تغطية المقدمة مدى الحياة أو غيرها من المنافع التأمينية الخاصة بطفلي أو أي من أفراد أسرتي.
 - دفع مقابل الخدمات بخلاف التي ربما يتم سدادها بواسطة "Medicaid".
 - أي ارتفاع في الأقساط التأمينية أو إلغاء "Medicaid" الخاص بطفلي أو أي من أفراد أسرتي الآخرين.
 - خطر فقدان استحقاق طفلي أو أي من أفراد أسرتي الآخرين لأي إعفاءات أسرية أو مجتمعية عن إجمالي التكاليف الصحية.
- لا أصرح لمقدمي الدعم المبكر للرضع وحديثي الولادة بتقديم مطالبات لـ "Apple Health for Kids"/"Medicaid" مقابل خدمات الدعم المبكر بموجب الجزء "C" من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات التي ستقدم لطفلي وفقاً لخطة خدمة الأسرة الفردية. وبناءً على هذا القرار، أنفهم أنه يتعين علي استكمال القسمين "ج" و "د" من هذا النموذج حتى يتم تحديد الرسوم الشهرية الخاصة بي، وفي حال عدم استكمالي للقسمين "ج" و "د" بهذا النموذج، أنفهم أنه سيتم وضعي ضمن أعلى فئة من مخطط الرسوم الشهرية وفقاً لحجم الأسرة.

أوافق على شروط خيار السداد الذي وقع اختياري عليه وأقر أنني استلمت سياسة دفع الرسوم وأنظمة السداد. التاريخ:	توقيع (توقيعات) الوالدين/الوصي:
--	---------------------------------

موافقة وإشعار مسبق بشأن مشاركة الأسرة في التكاليف وفقاً لسياسة دفع الرسوم وأنظمة السداد (SOPAF) ونموذج التحقق من النفقات/الدخل

ب-2 تامين/تغطية الرعاية الصحية الخاصة

رقم
المجموعة:

رقم الوثيقة:

اسم شركة التأمين الأولية:

رقم
المجموعة:

رقم الوثيقة:

اسم شركة التأمين الثانوية:

- لقد تم إعلامي** بالفئات العامة للتكاليف التي ربما تتكبدها أسرتي نتيجة استخدام تأمين/تغطية الرعاية الصحية الخاصة التي أشرتكم بها مقابل خدمات التدخل المبكر كما في الجزء "C" من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات والتي تتضمن على سبيل المثال:
- التكاليف التأمينية المشتركة أو التأمين المشترك أو الأقساط أو المقطعات
 - تكاليف طويلة المدى مثل فقدان المنافع السنوية أو التغطيات التأمينية التي تقدم على مدى الحياة بموجب وثيقة تأمين الأسرة
 - احتمال تأثير استخدام التأمين سلبًا على توفر التغطية التأمينية للأسرة
 - احتمال توقف التغطية التأمينية نتيجة سداد مقابل خدمات التدخل المبكر وفقًا للجزء "ج"
 - احتمال تأثر أقساط التأمين باستخدام التأمين الخاص لسداد مقابل خدمات التدخل المبكر
- أوافق على تقديم** مقدمي خدمات الدعم المبكر للرضع وحديثي المشي لأي مطالبات إلى شركة تأمين/تغطية الرعاية الصحية الخاصة التي أشرتكم بها مقابل خدمات الدعم المبكر وفقًا للجزء "C" من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات الذي سيتم توفيره لطفلي بناءً على خطة خدمة الأسرة الفردية. وأحول برنامج خدمات الدعم المبكر للرضع وحديثي المشي للإفصاح عن المعلومات المعروفة للهوية لشركة تأمين/تغطية الرعاية الصحية الخاصة في سبيل طلب سداد مقابل المنافع التي أحصل عليها، كما أخول شركة تأمين/تغطية الرعاية الصحية الخاصة التي أشرتكم بها لسداد المبالغ ذات الصلة إلى مقدم الدعم المبكر للرضع وحديثي المشي. كما أتفهم أن بإمكانني إلغاء هذا التصريح في أي وقت عن طريق إشعار منسق الموارد الأسرية الخاصة بي.
- لا أوافق أن يقدم** مقدمي الدعم المبكر للرضع وحديثي الولادة مطالبات لشركة تأمين/تغطية الرعاية الصحية الخاصة التي أشرتكم بها مقابل خدمات الدعم المبكر كما في الجزء "C" من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات التي ستقدم لطفلي بناءً على خطة خدمة الأسرة الفردية، وأنفهم أنه يتعين علي في هذه الحالة سداد مقابل هذه الخدمات وفقًا لمخطط الرسوم الشهرية والمعايير المعمول بها. كما أتفهم أنه يتعين علي استكمال القسمين "ج" و "د" من هذا النموذج حتى يتم تحديد الرسوم الشهرية الخاصة بي، وفي حال عدم استكمالي للقسمين "ج" و "د" بهذا النموذج، أتفهم أنه سيتم وضعي ضمن أعلى فئة من مخطط الرسوم الشهرية وفقًا لحجم الأسرة.
- أتنازل عن حقي** في استكمال القسمين "ج" و "د" من هذا النموذج وأعلم أنني بذلك أتحمّل مسؤولية سداد جميع التكاليف المشتركة والتأمين المشترك والمقطعات التي تترتب على استخدام تغطية الرعاية الصحية الخاصة التي أشرتكم بها.

أوافق على شروط خيار السداد الذي وقع اختياري عليه وأقر أنني استلمت سياسة دفع الرسوم وأنظمة السداد. التاريخ: _____
توقيع (توقيعات) الوالدين/الوصي: _____

ب-3 عدم وجود تغطية رعاية صحية عامة أو خاصة

- لقد تم إعلامي** أنني ستأخذ رسومًا شهرية وفقًا لحجم الأسرة والدخل، إذ أنني ليس لدي تغطية تأمين عام أو خاص (Apple Health for Kids/Medicaid) لدعمي في سداد مقابل خدمات الدعم المبكر للرضع وحديثي المشي كما في الجزء "C" من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات بناءً على خطة خدمة الأسرة الفردية الخاصة بي.

أوافق على شروط خيار السداد الذي وقع اختياري عليه وأقر أنني استلمت سياسة دفع الرسوم وأنظمة السداد. التاريخ: _____
توقيع (توقيعات) الوالدين/الوصي: _____

موافقة وإشعار مسبق بشأن مشاركة الأسرة في التكاليف وفقًا لسياسة دفع الرسوم وأنظمة السداد (SOPAF) ونموذج التحقق من النفقات/الدخل

القسم "ج": الوثائق المستخدمة للتحقق من الدخل السنوي (يُستكمل بواسطة الوالد)

يتعين على جميع الأسر التي تطلب تحديدها ضمن غير القادرين على السداد أو تطلب قيدها ضمن مخطط الرسوم الشهرية وفقاً لحجم الأسرة والدخل السنوي المعدل تقديم ما يثبت دخلهم. (يرجى ملاحظة أننا سنحتاج إلى تقديم نوع واحد فقط من الوثائق لإثبات الدخل).

نوع الوثيقة: اختر نوع واحد فقط		إجمالي دخل الأسرة السنوي:
<input type="checkbox"/>	عمل حر بخلاف الأجر يرجى إدراج أحدث نموذج ضرائب رقم 1040 الخاص بدائرة الإيرادات الداخلية.	
<input type="checkbox"/>	آخر أرومتين (2) لتقسيمي سداد متتاليتين (إجمالي الدخل)	
<input type="checkbox"/>	مبلغ الأسبوعي	
<input type="checkbox"/>	مبلغ نصف أسبوعي	
<input type="checkbox"/>	مبلغ شهري	
<input type="checkbox"/>	أحدث نموذج "W2" و"1099" أو أي منهما (نموذج "W2" = السطر "1"؛ "1099" = إجمالي مجموع السطور "1" و"2" و"3")	
<input type="checkbox"/>	إرفاق بيان راتب أو أجر خطي (يجب أن يشير هذا البيان إلى اسم الشركة أو صاحب العمل والعنوان ورقم الهاتف وتوقيع المدير المباشر أو موظف الموارد البشرية)	

القسم د: النفقات السنوية المقبولة (يُستكمل هذا القسم بواسطة الوالد)

يجب أن ترفق مع هذا النموذج وثائق تثبت النفقات غير القابلة للإسترداد التي تكبدها من أجل الطفل وأي فرد آخر من أفراد الأسرة أو أي منهما خلال الإثني عشر شهراً الماضية أو السنة الضريبية المنصرمة.

قيمة النفقات	فئات النفقات السنوية غير القابلة للإسترداد المقبولة
	نفقات طبية وعقلية وخاصة بالأسنان بما في ذلك الأقساط أو التكاليف المشتركة أو التأمين المشترك أو المقطوعات أو الخدمات التي لا يغطيها التأمين
	الرعاية الصحية الأسرية المقدمة من أحد وكالات الصحة الأسرية المرخصة بذلك
	مبالغ نفقة أطفال/زوجة مطلقة
	تكاليف رعاية طفل يتم تكبدها أثناء تغيب الوالدين في العمل أو مقابل ذهابه إلى المدرسة
	إجمالي النفقات السنوية المقبولة

إجمالي عدد أفراد الأسرة (حجم الأسرة):

موافقة وإشعار مسبق بشأن مشاركة الأسرة في التكاليف وفقاً لسياسة دفع الرسوم وأنظمة السداد (SOPAF) ونموذج التحقق من النفقات/الدخل

القسم "ه" الدخل السنوي المعدل وقرار عدم القدرة على السداد (يستكمل هذا القسم بواسطة منسق الموارد الأسرية أو موظف خدمات التدخل المبكر)

بيانات الدخل والنفقات والرسوم الشهرية	
1.	إجمالي الدخل الشهري (على النحو الموثق بالقسم "ج")
2.	النفقات السنوية المقبولة (على النحو الموثق بالقسم "د")
3.	إعفاء النفقات السنوية (السطر "1": إجمالي الدخل السنوي مضمونًا في 0.10 أو 10%):
4.	إجمالي النفقات السنوية المقبولة (السطر 2 مطروحًا منه السطر 3؛ إذا كان السطر 3 أكبر من السطر 2، أدخل "0" في الخط "4"):
5.	الدخل المعدل من أجل وضعك على مخطط الرسوم الشهرية (السطر "1" مطروحًا منه السطر "4")

يستوفي معايير عدم القدرة على السداد إذا كان السطر "5" أقل من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي لحجم الأسرة	
لا - بالنسبة للأسر التي لديها تأمين، مقتطعات الأسرة	<input type="checkbox"/>
لا - بالنسبة للأسر التي ليس لديها تأمين أو الأسر التي رفضت استخدام تأمينها، سوف يتم وضع هذه الأسر ضمن مخطط الرسوم الشهرية	<input type="checkbox"/>
الرسوم الشهرية: _____	
نعم - بالنسبة للأسر لن يتطلب منهم سداد التكاليف المشتركة أو التأمين المشترك أو المقتطعات أو رسوم شهرية سواء كان لهم تأمين أو لا يمكن استخدام الجزء "C" من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات أو أي تمويلات من وكالة أخرى لتغطية التكاليف.	

القسم "و": إقرار الوالد

أقر أن المعلومات المقدمة والمراجعة والموثقة بهذه الوثيقة معلومات صحيحة وكاملة على حد علمي.

التاريخ:	توقيع (توقيعات) الوالدين/الوصي:
----------	---------------------------------

القسم "ز" مراجعة الموظفين لنموذج التحقق من الدخل والنفقات

التاريخ:	الاسم بحروف واضحة:	توقيع منسق الموارد الأسرية أو موظف خدمات الدعم المبكر:
----------	--------------------	--

موافقة وإشعار مسبق بشأن مشاركة الأسرة في التكاليف وفقًا لسياسة دفع الرسوم وأنظمة السداد (SOPAF) ونموذج التحقق من النفقات/الدخل

