



**Hỗ trợ sớm cho Trẻ sơ sinh & Trẻ đang tập đi (ESIT)**

**Mẫu Thông báo trước bằng văn bản, Mẫu Chấp thuận cho phép tiếp cận Bảo hiểm công cộng và/hoặc tư nhân và Mẫu Xác minh Thu nhập và Chi phí**

Ngày:		Chương trình Can thiệp sớm - LLA hoặc Nhà cung cấp:	
Họ tên FRC:		Số điện thoại FRC:	

**Phần A: Xác định Thông tin**

Họ tên hợp pháp của Trẻ:	Họ	Tên	Tên đệm	Ngày sinh của Trẻ:	xx/xx/xxxx
Họ tên Phụ huynh/Người giám hộ:			Điện thoại:		

**Phần B: Thông báo trước bằng văn bản và Chấp thuận sử dụng Bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe Công cộng và Tư nhân cho các dịch vụ thuộc phần Chi phí Gia đình Chi trả (Do Phụ huynh hoàn thành - Đánh dấu tất cả mục áp dụng)**

**B.1. Chương trình Trợ cấp Y tế Apple Health for Kids/ Medicaid (Bảo hiểm Y tế Công cộng)**

- Tôi cho phép** nhà cung cấp dịch vụ ESIT gửi yêu cầu bồi thường bảo hiểm tới Apple Health for Kids/Medicaid (nhà cung cấp bảo hiểm y tế công cộng của tôi) cho các dịch vụ can thiệp sớm trong IDEA Phần C sẽ được cung cấp theo IFSP của con tôi. Tôi cho phép ESIT tiết lộ thông tin nhận dạng cá nhân cho Apple Health/Medicaid để yêu cầu thanh toán phúc lợi. Tôi hiểu rằng nếu tôi có bảo hiểm y tế tư nhân, Apple Health/Medicaid có quyền thu lại các chi phí từ hãng bảo hiểm của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi chấp thuận này vào bất kỳ thời điểm nào bằng cách thông báo cho Điều phối viên Nguồn lực Gia đình của tôi.
- Tôi hiểu rằng** các nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm sẽ nhận được sự chấp thuận của tôi nếu việc tiếp cận Chương trình Trợ cấp Y tế cho trẻ em Apple Health for Kids/Medicaid sẽ dẫn đến bất kỳ tình huống nào sau đây:
  - Giảm thời gian bảo hiểm trọn đời hiện tại hoặc bất kỳ phúc lợi bảo hiểm nào khác cho con tôi hoặc thành viên khác trong gia đình tôi
  - Phải chi trả cho các dịch vụ đáng lẽ phải được thanh toán bởi Medicaid
  - Tăng phí bảo hiểm hoặc hủy bảo hiểm Medicaid cho con tôi hoặc thành viên khác trong gia đình tôi
  - Có nguy cơ mất tư cách tham gia chương trình miễn trừ gia đình và cộng đồng dựa trên tổng chi phí y tế của con tôi hoặc thành viên khác trong gia đình tôi.
- Tôi không cho phép** nhà cung cấp dịch vụ ESIT gửi yêu cầu bồi thường bảo hiểm tới Apple Health/Medicaid cho các dịch vụ can thiệp sớm trong IDEA Phần C sẽ được cung cấp theo IFSP của con tôi. Do quyết định này, tôi hiểu rằng tôi phải hoàn thành Phần C và D của mẫu này để thiết lập Mức Phí hàng tháng của tôi. Nếu tôi không hoàn thành Phần C và D của mẫu này, tôi hiểu rằng tôi sẽ được áp mức phí cao nhất trên Biểu Phí hàng tháng dựa trên quy mô gia đình.

<b>Tôi đồng ý với điều khoản của phương án thanh toán tôi đã chọn và xác nhận đã nhận được Hệ thống Thanh toán và Chính sách Phí</b> Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ:	Ngày:
---	-------

**THÔNG BÁO TRƯỚC, CHẤP THUẬN & XÁC MINH THU NHẬP/CHI PHÍ SOPAF FCP**

## B.2. Bảo hiểm Y tế/Bảo hiểm tư nhân

Tên Bảo hiểm chính:

Số Hợp  
đồng:

Số Nhóm:

Tên Bảo hiểm phụ:

Số Hợp  
đồng:

Số Nhóm:

- Tôi đã hiểu rõ** danh mục chi phí chung mà gia đình tôi có thể phát sinh nếu sử dụng bảo hiểm y tế tư nhân của tôi cho các dịch vụ can thiệp sớm trong IDEA Phần C như:
- Các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, phí bảo hiểm hoặc các khoản khấu trừ
  - Các chi phí dài hạn khác, chẳng hạn như mất phúc lợi do hạn mức bảo hiểm y tế hàng năm hoặc trọn đời theo hợp đồng bảo hiểm của gia đình;
  - Khả năng việc sử dụng bảo hiểm có thể ảnh hưởng tiêu cực đến phạm vi thanh toán của bảo hiểm gia đình
  - Khả năng thanh toán bảo hiểm bị ngừng do thanh toán cho các dịch vụ can thiệp sớm Phần C
  - Khả năng phí bảo hiểm bị ảnh hưởng do sử dụng bảo hiểm tư nhân để thanh toán cho các dịch vụ can thiệp sớm
- Tôi cho phép** nhà cung cấp dịch vụ ESIT gửi yêu cầu bồi thường bảo hiểm tới nhà cung cấp bảo hiểm y tế tư nhân của tôi cho các dịch vụ can thiệp sớm trong IDEA Phần C sẽ được cung cấp theo IFSP của con tôi. Tôi cho phép ESIT tiết lộ thông tin nhận dạng cá nhân cho nhà cung cấp bảo hiểm y tế tư nhân của tôi để yêu cầu thanh toán phúc lợi. Tôi cho phép nhà cung cấp bảo hiểm y tế tư nhân của tôi thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ ESIT. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi chấp thuận này vào bất kỳ thời điểm nào bằng cách thông báo cho Điều phối viên Nguồn lực Gia đình của tôi.
- Tôi không cho phép** nhà cung cấp dịch vụ ESIT gửi yêu cầu bồi thường bảo hiểm tới nhà cung cấp bảo hiểm y tế tư nhân của tôi cho các dịch vụ can thiệp sớm trong Phần C sẽ được cung cấp theo IFSP của con tôi. Tôi hiểu rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm chi trả cho các dịch vụ theo Biểu Phí hàng tháng và các tiêu chí. Tôi hiểu rằng tôi phải hoàn thành Phần C và D của mẫu này để thiết lập Mức Phí hàng tháng của tôi. Nếu tôi không hoàn thành Phần C và D của mẫu này, tôi hiểu rằng tôi sẽ được áp mức phí cao nhất trên Biểu Phí hàng tháng dựa trên quy mô gia đình.
- Tôi từ chối hoàn thành** Phần C và D của mẫu này và hiểu rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm chi trả toàn bộ các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khấu trừ do sử dụng bảo hiểm y tế tư nhân của tôi.

**Tôi đồng ý với điều khoản của phương án thanh toán tôi đã chọn và xác nhận đã** Ngày:  
**nhận được Hệ thống Thanh toán và Chính sách Phí**  
Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ:

## B.3. Không có Bảo hiểm Y tế công cộng hoặc tư nhân

- Tôi hiểu rõ** rằng tôi sẽ phải trả một Khoản Phí hàng tháng dựa trên quy mô và thu nhập gia đình vì tôi không có bảo hiểm tư nhân hay công cộng (Apple Health for Kids/Medicaid) để hỗ trợ chi trả cho các dịch vụ can thiệp sớm trong IDEA Phần C sẽ được cung cấp theo IFSP của con tôi.

**Tôi đồng ý với điều khoản của phương án thanh toán tôi đã chọn và xác nhận đã** Ngày:  
**nhận được Hệ thống Thanh toán và Chính sách Phí**  
Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ:

THÔNG BÁO TRƯỚC, CHẤP THUẬN & XÁC MINH THU NHẬP/CHI PHÍ SOPAF FCP

**Phần C: Giấy tờ được sử dụng để xác minh Thu nhập hàng năm (do phụ huynh hoàn thành)**

Tất cả các gia đình yêu cầu xác định không có khả năng chi trả hoặc tất cả các gia đình yêu cầu xác định mức phí cụ thể so với Biểu Phí hàng tháng dựa trên quy mô gia đình và thu nhập hàng năm được điều chỉnh sẽ phải cung cấp bằng chứng về thu nhập. (Xin lưu ý chỉ cần một loại giấy tờ để chứng minh thu nhập).

Loại giấy tờ: Chỉ chọn một loại		Tổng thu nhập hàng năm của hộ gia đình:
<input type="checkbox"/>	Tự làm chủ hoặc các khoản thu nhập không phải là tiền lương khác. Vui lòng gửi biểu mẫu thuế IRS 1040 gần đây nhất.	
<input type="checkbox"/>	Hai (2) phiếu lương liên tiếp gần nhất (thu nhập gộp)	
	<input type="checkbox"/> Số tiền hàng tuần	
	<input type="checkbox"/> Số tiền hai tuần	
	<input type="checkbox"/> Số tiền hàng tháng	
<input type="checkbox"/>	Mẫu W2 và/hoặc 1099 gần nhất (Mẫu W2=dòng 1; 1099=tổng các dòng 1, 2 & 3)	
<input type="checkbox"/>	Xác nhận Tiền lương hoặc Tiền công bằng văn bản đính kèm (Phải bao gồm tên, địa chỉ, số điện thoại của công ty hoặc người sử dụng lao động và chữ ký của cấp trên hoặc nhân viên nhân sự.)	

**Phần D: Chi phí hàng năm cho phép (do phụ huynh hoàn thành)**

Quý vị phải cung cấp giấy tờ cùng với biểu mẫu này cho các chi phí không hoàn lại phát sinh cho trẻ và/hoặc các thành viên khác trong gia đình trong 12 tháng vừa qua hoặc năm tính thuế vừa qua.

Danh sách các mục chi phí hàng năm không hoàn lại được phép	Số tiền chi phí
Chi phí y tế, nha khoa và sức khỏe tâm thần, bao gồm phí bảo hiểm, các khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, khấu trừ và dịch vụ không được bảo hiểm	
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà do cơ quan chăm sóc y tế tại nhà được cấp phép thực hiện	
Tiền hỗ trợ/cấp dưỡng nuôi con	
Chi phí chăm sóc con cái phát sinh trong khi phụ huynh đi làm hoặc đi học	
<b>TỔNG CHI PHÍ HÀNG NĂM CHO PHÉP</b>	

Tổng số người trong hộ gia đình (Quy mô gia đình):

**THÔNG BÁO TRƯỚC, CHẤP THUẬN & XÁC MINH THU NHẬP/CHI PHÍ SOPAF FCP**

**Phần E: Thu nhập hàng năm điều chỉnh và Xác định Không có Khả năng Chi trả (do FRC hoặc Cán bộ EIS hoàn thành)**

Thông tin về Thu nhập, Chi phí và Phí hàng tháng		
1.	Tổng thu nhập hàng năm (theo ghi chép trong Phần C):	
2.	Tổng chi phí hàng năm cho phép (theo ghi chép trong Phần D):	
3.	Miền trừ Chi phí hàng năm (Dòng 1 - Tổng Thu nhập hàng năm nhân với 0,10 hoặc 10%):	
4.	Tổng Chi phí hàng năm cho phép (Dòng 2 trừ Dòng 3: Nếu Dòng 3 lớn hơn Dòng 2, nhập 0 vào dòng 4):	
5.	Thu nhập điều chỉnh để xác định mức phí so với Biểu Phí hàng tháng (Dòng 1 trừ Dòng 4):	

Đáp ứng tiêu chí xác định Không có Khả năng Chi trả nếu Dòng 5 thấp hơn 200% Mức Chuẩn Nghèo Liên Bang cho quy mô gia đình			
<input type="checkbox"/>	Có - Đối với các gia đình có hoặc không có bảo hiểm, gia đình không phải chi trả khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, khấu trừ hoặc Phí hàng tháng. Nguồn kinh phí theo IDEA Phần C hoặc nguồn kinh phí cơ quan khác có thể được sử dụng để chi trả cho các chi phí này.	<input type="checkbox"/>	Không - Các khoản khấu trừ cho gia đình, đối với các gia đình có bảo hiểm
		<input type="checkbox"/>	Không - Đối với gia đình không có bảo hiểm hoặc từ chối cho phép tiếp cận bảo hiểm của họ, gia đình được xác định mức phí theo Biểu Phí hàng tháng.  Phí hàng tháng: _____

**Phần F: Xác nhận của Phụ huynh**

Tôi xác nhận thông tin được cung cấp, xem xét và ghi chép trên mẫu này là chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết của tôi.

Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ:	Ngày:
---------------------------------	-------

**Phần G: Đánh giá Mẫu Xác minh Thu nhập và Chi phí của Nhân viên Chương trình**

Người đánh giá:

Chữ ký của FRC hoặc cán bộ EIS:	Họ tên viết in:	Ngày:
---------------------------------	-----------------	-------

**THÔNG BÁO TRƯỚC, CHẬP THUẬN & XÁC MINH THU NHẬP/CHI PHÍ SOPAF FCP**

