

### موافقة على استخدام تأمين خاص

اسم الطفل	تاريخ الميلاد	اسم شركة التأمين	تاريخ الإتمام
-----------	---------------	------------------	---------------

#### تعليمات

يتم تقديم نسخة من نظام **First Steps** لسياسة المدفوعات إلى ولي الأمر قبل الحصول على موافقة باستخدام التأمين الخاص للمساعدة في دفع خدمات **First Steps** وقبل الحصول على موافقة لخدمات **First Steps**.

باستخدام موافقة ولي الأمر سوف يساعد التأمين الخاص في دفع تكلفة خدمات **First Steps** التالية:  
الأجهزة التقنية المساعدة، العلاج المهني، العلاج الجسدي، باثولوجيا الكلام/اللغة.

يجب على ولي الأمر أن يوقع على هذا النموذج ويكتب التاريخ ثم يعيده إلى منسق الخدمة (Service Coordinator) حتى يمكن استخدام التأمين الخاص للمساعدة في دفع تكلفة خدمات **First Steps**. فيما يلي معلومات الاتصال بمنسق الخدمات.

#### معلومات عن التأمين (غير مطلوبة في حالة الحصول على بطاقة تأمين)

اسم شركة التأمين	بطاقة التأمين تشير إلى أنك لديك تأمين كامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسم المجموعة	رقم المجموعة امر فاتورة البوليصه
اسم صاحب البوليصه	رقم البوليصه/ العضو تاريخ بدء البوليصه

#### سبب الموافقة

مطلوب موافقة ولي الأمر قبل أن استخدام تأمينك الخاص من قبل **First Steps** لكل من الأسباب التالية:

- تفويض خدمة جديد  تفويض بزيادة الخدمة  تغيير شركة التأمين أو تغيير في اختيار الناقل

#### تفويضات الخدمة المباشرة لخطة الخدمة العائلية التفصيلية (IFSP)

نوع الخدمة	عدد مرات الخدمة	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء

#### موافقة

أقر بأن المعلومات التالية دقيقة كما في تاريخ التوقيع. أؤكد أنني تسلمت نسخة من نظام **First Steps** لسياسة المدفوعات. بعد مراجعة السياسة أختار الخيار التالي:

أعطي الموافقة على استخدام التأمين الخاص (تاريخ ميلاد حامل بوليصة التأمين \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

غير مناسب، ليس لدي تأمين خاص  أرفض الموافقة على استخدام التأمين الخاص

توقيع ولي الأمر	تاريخ توقيع الأب أو الأم
-----------------	--------------------------

اسم ولي الأمر بخط واضح

#### منسق الخدمة

اسم وعنوان منسق الخدمة	رقم هاتف منسق الخدمة
توقيع ممثل الوكالة	تاريخ الاستلام من قبل الوكالة