ODSJEK ZA OSNOVNO I SREDNJE OBRAZOVANJE DRŽAVE MIZURI
URED ZA SPECIJALNO OBRAZOVANJE - PROGRAM FIRST STEPS

SAGLASNOST ZA KORIŠTENJE PRIVATNOG OSIGURANJA

IME DJETETA	DATUM ROĐENJA	IME OSIGURAVAJUĆE KOMPANIJE	DATUM ZAVRŠETKA

UPUTSTVA

Kopija **polise za sistem plaćanja First Steps** dostavljena je roditeljima prije nego što se dobije njihova saglasnost za korištenje privatnog osiguranja kao pomoć u plaćanju usluga za program First Steps i prije saglasnosti za dobijanje usluga programa First Steps.

Uz saglasnost roditelja, privatno osiguranje će pomoći u plaćanju za sljedeće usluge programa First Steps:
uređaji za pomoćnu tehnologiju, profesionalna terapija, fizikalna terapija, govorna/jezička patologija.

Roditelji moraju staviti datum i potpisati ovaj formular i vratiti ga koordinatoru usluge prije nego što se privatno osiguranje može koristiti kao pomoć u plaćanju usluga za program Frist Steps. Dole su navedene informacije za kontakt sa koordinatorom usluge.

INFORMACIJE O OSIGURANJU (nije potrebno kada se dobije kopija kartice osiguranja)

IME OSIGURAVAJUĆE KOMPANIJE	**KARTICA OSIGURANJA OZNAČAVA PUNO OSIGURANJE?** ☐ Da ☐ Ne	
IME GRUPE	**BROJ GRUPE**	**NALOG ZA NAPLATU POLISE** ☐ Primarni ☐ Sekundarni
IME NOSIOCA POLISE	**ID ČLANA/POLISE**	**DATUM POČETKA POLISE**

RAZLOG ZA SAGLASNOST

Saglasnost roditelja je potrebna prije nego First Steps upotrijebi vaše privatno osiguranje za svaki od sljedećih razloga:

☐ Autorizacija nove usluge ☐ Autorizacija pri povećanju usluge ☐ Promjene u osiguravajućoj kompaniji ili promjena u izboru prevoznika

AUTORIZACIJA DIREKTNE USLUGE INDIVIDUALIZIRANOG PORODIČNOG PLANA USLUGA (IFSP)

Vrsta usluge	Učestalost usluge	Datum početka	Datum završetka

SAGLASNOST

Potvrđujem da su gore navedene informacije tačne počevši od datuma potpisa. Potvrđujem da sam primio/la kopiju **polise za sistem plaćanja First Steps.** Nakon što sam pregledao/la polisu, izabrao/la sam sljedeću opciju:

☐ Dajem svoju saglasnosti za korištenje privatnog osiguranja (datum rođenje nosioca police je: _____ / _____ / _____)
☐ NA, nemam privatno osiguranje
☐ Odbijam dati svoju saglasnost za korištenje privatnog osiguranja

POTPIS RODITELJA	DATUM POTPISA RODITELJA
ŠTAMPANO IME RODITELJA	

KOORDINATOR USLUGE

IME KOORDINATORA USLUGE I ADRESA	BROJ TELEFONA KOORDINATORA USLUGE
POTPIS PREDSTAVNIKA AGENCIJE	DATUM PRIJEMA OD STRANE AGENCIJE

Odsjek za osnovno i srednje obrazovanje u svojim programima i aktivnostima ne diskriminira djecu na osnovu rase, boje kože, religije, spola, porijekla, dobi ili sposobnosti. Upiti vezani za programe odsjeka i za lokaciju usluga, aktivnosti i institucija koje su dostupne osobama sa invaliditetom, mogu se direktno uputiti na Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; telefon 573-526-4757 ili TTY 800-735-2966; e-pošta civilrights@dese.mo.gov.