

### موافقة على استخدام تأمين خاص

اسم الطفل	تاريخ الميلاد	اسم شركة التأمين	تاريخ الإتمام
<b>تعليمات</b>			
<p>يتم تقديم نسخة من نظام <b>First Steps</b> لسياسة المدفوعات إلى ولي الأمر قبل الحصول على موافقة باستخدام التأمين الخاص للمساعدة في دفع خدمات <b>First Steps</b> وقبل الحصول على موافقة لخدمات <b>First Steps</b>.</p> <p>باستخدام موافقة ولي الأمر سوف تساعد التأمين الخاص في دفع تكلفة خدمات <b>First Steps</b> التالية: التكنولوجيا المعينة، العلاج المهني، العلاج الجسمي، علاج الكلام/اللغة.</p> <p>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 <b>First Steps</b>. فيما يلي معلومات الاتصال بمنسق الخدمات.</p>			
<b>معلومات عن التأمين (غير مطلوبة في حالة الحصول على بطاقة تأمين)</b>			
اسم شركة التأمين	رقم هاتف شركة التأمين	بطاقة التأمين تشير إلى أنك لديك تأمين كامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم المجموعة	رقم المجموعة	أمر فاتورة البوليصه <input type="checkbox"/> ابتدائي <input type="checkbox"/> ثانوي	
اسم صاحب البوليصه	رقم البوليصه /العضو	تاريخ بدء البوليصه	تاريخ انتهاء البوليصه
<b>سبب الموافقة</b>			
<p>مطلوب موافقة ولي الأمر قبل أن استخدام تأمينك الخاص من قبل <b>First Steps</b> لكل من الأسباب التالية:</p> <p><input type="checkbox"/> تفويض خدمة جديد <input type="checkbox"/> تفويض بزيادة الخدمة <input type="checkbox"/> تغيير شركة التأمين أو تغيير في اختيار الناقل</p>			
<b>تفويضات الخدمة المباشرة لخطة الخدمة العائلية (التفصيلية IFSP)</b>			
نوع الخدمة	عدد مرات الخدمة	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء
<b>موافقة</b>			
<p>أقر بأن المعلومات التالية دقيقة كما في تاريخ التوقيع. أوكد أنني تسلمت نسخة من نظام <b>First Steps</b> لسياسة المدفوعات. بعد مراجعة السياسة أختار الخيار التالي:</p> <p><input type="checkbox"/> أوافق على استخدام التأمين الخاص <input type="checkbox"/> أرفض استخدام التأمين الخاص <input type="checkbox"/> غير مناسب، ليس لدي تأمين خاص</p>			
توقيع ولي الأمر	تاريخ توقيع الأب أو الأم		
اسم ولي الأمر بخط واضح			
<b>منسق الخدمة</b>			
اسم وعنوان منسق الخدمة	رقم هاتف منسق الخدمة		
توقيع ممثل الوكالة	تاريخ الاستلام من قبل الوكالة		