DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION PRIMAIRE ET SECONDAIRE
DE L'ETAT DU MISSOURI
BUREAU D'EDUCATION SPECIALE – PROGRAMME FIRST STEPS

CONSENTEMENT POUR L'UTILISATION D'UNE ASSURANCE PRIVÉE

NOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE	REMPLI LE

INSTRUCTIONS

Une copie de la Politique du système de paiements du First Steps est fournie au parent avant l'obtention du consentement permettant d'utiliser une assurance privée pour le paiement des services First Steps et également avant l'obtention du consentement pour l'utilisation des services First Steps.
Avec le consentement des parents, l'assurance privée permettra de payer les services First Steps suivants : **dispositifs de technologie d'assistance, ergothérapie, physiothérapie, orthophonie.**
Le parent doit signer et dater le formulaire et ensuite le retourner au Coordinateur des services avant que l'assurance privée puisse être utilisée pour le paiement des services First Steps. Les coordonnées du Coordinateur des services sont indiquées ci-dessous.

INFORMATIONS RELATIVES A L'ASSURANCE (non requises lorsqu'une copie de la carte d'assurance est obtenue)

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE	CARTE D'ASSURANCE INDIQUE QUE LA PERSONNE EST ENTIÈREMENT ASSURÉE ? ☐ Oui ☐ Non	
NOM DU GROUPE	NUMÉRO DU GROUPE	ORDRE DE FACTURATION DE LA POLICE ☐ Primaire ☐ Secondaire
NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE	N° DE POLICE/MEMBRE	DATE DE DÉBUT DE LA POLICE

MOTIF DU CONSENTEMENT

Le consentement des parents est requis avant que le programme First Steps n'utilise votre assurance privée pour chacun des motifs suivants :

☐ Nouvelle autorisation de service ☐ Augmentation des autorisations de service ☐ Changement de compagnie d'assurance ou changement de choix d'organisme assureur

AUTORISATIONS DIRECTES DE SERVICES IFSP (PLAN DE SERVICE FAMILIAL INDIVIDUALISÉ)

Type de service	Fréquence du service	Date de début	Date de fin

CONSENTEMENT

Je certifie que les informations susmentionnées sont exactes à la date de la signature. Je confirme avoir reçu une copie de la Politique du système de paiements du First Steps. Après examen de la politique, j'ai choisi l'option suivante :

☐ J'accorde mon consentement à l'utilisation de l'assurance privée (la date de naissance de l'assuré est : _____/_____/_____)
☐ NA, je n'ai pas d'assurance privée
☐ Je n'accorde pas mon consentement à l'utilisation de l'assurance privée

SIGNATURE DU PARENT	DATE DE LA SIGNATURE DU PARENT
NOM EN LETTRES CAPITALES DU PARENT	

COORDINATEUR DES SERVICES

NOM ET ADRESSE DU COORDINATEUR DES SERVICES	NUMERO DE TELEPHONE DU COORDINATEUR DES SERVICES
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'AGENCE	DATE DE RECEPTION PAR L'AGENCE

Le Département de l'éducation primaire et secondaire ne fait pas de discrimination sur la base de la race, la couleur, la religion, le sexe, l'origine nationale, l'âge ou le handicap dans ses programmes et activités. Les demandes de renseignements liés aux programmes du Département et aux lieux des services, aux activités et aux installations accessibles par les personnes handicapées peuvent être adressées au 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 ; numéro de téléphone 573-526-4757 ou TTY 800-735-2966 ; e-mail civilrights@dese.mo.gov.