DEPARTAMENTI I ARSIMIT FILLOR DHE TE MESEM NE MISSOURI
ZYRA E ARSIMIT TE VECANTE – PROGRAMI HAPAT E PARA

AUTORIZIM PER TE PERDORUR SIGURIMIN SHENDETSOR PRIVAT

EMRI I FEMIJES	DITELINDJA	EMRI I KOMPANIS SE SIGURIMIT	DATA E PLOTESIMIT

UDHEZIME

Nje kopje e **Sistemit te Rregullores per Pagesat "Hapat e Para"** i jepet prindit perpara se te merret autorizimi per te perdorur sigurimin privat per pagesat e sherbimeve "Hapat e Para" dhe perpara se autorizimi te merret per "Hapat e Para. "

Me autorizimin e prindit, sigurimi privat do te ndihmoje te paguaj sherbimet e meposhtme per "Hapat e Para":
mjetet ndihmese teknologjike, terapin profesionale, terapin fizike, dhe problemet e te folurit/gjuhes.

Prinderit duhet te vene daten dhe ta firmosin kete formular dhe ta ktheje ate te Kordinatorja e sherbimit perpara se sigurimi privat te perdoret per te paguar per sherbimet "Hapat e Para." Informacionet e kontaktit te Kordinatores se sherbimit jane perfshire me poshte.

INFORMACIONET E SIGURIMIT (kjo nuk kerkohet kur eshte marre kopja e kartes)

EMRI I KOMPANIS SE SIGURIMIT	ESHTE KY SIGURIM I OFRUAR NGA KOMPANIA KU JU PUNONI? ☐ Po ☐ Jo	
EMRI I GRUPIT	NUMRI I GRUPIT	LLOJI I SIGURIMIT ☐ Kryesor ☐ Dytesor
EMRI I PERSONIT NE KARTEN E SIGURIMIT	NUMRI IDENTIFIKUES I TE SIGURUARIT	DATA KUR SIGURIMI FILLOI

ARSYET PER AUTORIZIM

"Hapat e Para" duhet te marri autorizimin e prindit perpara se te perdori sigurimin privat per arsyet meposhte:

☐ Leje per sherbim te ri ☐ Leje per shtimin e sherbimit ☐ Ndryshim ne kompanin e sigurimit ose ndryshin ne zgjedhje

PLANI PER SHERBIMIN FAMILJAR I INDIVIDUALIZUAR (IFSP) AUTORIZIM I SHERBIMIT DIREKT

Lloji i sherbimit	Shpeshtesia e sherbimit	Data e fillimit	Data e mbarimit

AUTORIZIM

Une vertetoj se informacioni me siper eshte i sakte qe nga data e firmosjes. Une konfirmoj qe kam marre nje kopje te **Sistemit te Rregullores per Pagesat**. Pasi e kontrollova rregulloren, une vendosa te zgjedh alternativen me poshte:

☐ Une jap autorizim per perdorimin e sigurimit privat (ditelindja e te siguruarit eshte: ____/____/_____)

☐ Une nuk kam sigurim privat ☐ Une refusoj autorizimin e perdorimit te sigurimit privat

FIRMA E PRINDIT	DATA E FIRMOSUR NGA PRINDI
EMRI I PRINDIT ME SHKROJNA SHTYPI	

KORDINATORJA E SHERBIMIT

EMRI DHE ADRESA E KORDINATORES SE SHERBIMIT	TELEFONI I KORDINATORES SE SHERBIMIT
FIRMA E PERFAQSUESIT TE AGJENCISE	DATA E MARRE NGA AGJENCIA

Departamenti i arsimit fillor dhe te mesem nuk diskriminon ne programet dhe aktivitetet e tij basuar ne race, ngjyre, fe, gjini, komb, moshe, ose paaftesive. Kerkesat ne lidhje me programet e deparatamentit dhe vendin e sherbimeve, aktiviteteve, dhe godinave qe jane ne dispozicion te personave me paaftesi te drejtohen te Zyra Shteterore eJefferson , Zyra e Pergjithshme, Kordinarori – Te Drejtat Civile (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), kati I 6, 205 Jefferson Street, Kutia postare 480, Jefferson City, MO 65102-0480; numri i telefonit 573-526-4757 or TTY(per njerezit qe nuk degjojne) 800-735-2966; email civilrights@dese.mo.gov