



رضایت‌نامه استفاده از بیمه خصوصی

نام کودک	تاریخ تولد	نام شرکت بیمه	تاریخ تکمیل
----------	------------	---------------	-------------

دستورالعمل

نسخه‌ای از سیاست نظام پرداخت گامهای نخست پیش از جلب رضایت استفاده از بیمه خصوصی برای زمینه‌سازی برای پرداخت هزینه گامهای نخست و پیش از جلب رضایت برای استفاده از خدمات گامهای نخست در اختیار والدین قرار می‌گیرد.

با رضایت والدین، بیمه خصوصی به پرداخت این هزینه‌های خدمات گامهای نخست کمک می‌کند:
دستگاه های فناوری کمکی، کار درمانی، فیزیوتراپی، پاتالوژی گفتار/زبان.

والدین باید این فرم را امضا کنند و تاریخ بزنند و آن را به «هماهنگ‌کننده خدمات» بازگردانند تا امکان استفاده از بیمه خصوصی برای پرداخت هزینه خدمات گامهای نخست فراهم شود. اطلاعات تماس «هماهنگ‌کننده خدمات» در زیر ارائه شده است.

اطلاعات بیمه (در صورت گرفتن نسخه‌ای از کارت بیمه، لازم نیست)

نام شرکت بیمه	کارت بیمه نشان دهنده بیمه کامل است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نام گروه	شماره گروه
نام دارنده بیمه‌نامه	شناسه بیمه‌نامه/عضو
	ترتیب صورتحساب بیمه‌نامه <input type="checkbox"/> اصلی <input type="checkbox"/> فرعی
	تاریخ شروع اعتبار بیمه‌نامه

دلایل جلب رضایت

برای این که «گامهای نخست» بتواند از بیمه خصوصی شما برای هر یک از موارد زیر استفاده کند، رضایت والدین ضروری است:

صدور مجوز خدمات جدید افزایش اختیارات مجوز خدمات تغییری شرکت بیمه یا تغییری در انتخاب حامل

مجوز خدمات مستقیم «برنامه فردی خدمات خانواده» (IFSP)

نوع خدمت	تناوب ارائه خدمت	تاریخ شروع	تاریخ پایان

رضایت‌نامه

دقت اطلاعات بالا را از تاریخ امضا تایید می‌کنم. اعلام می‌کنم که نسخه‌ای از سیاست نظام پرداخت گامهای نخست را دریافت کرده‌ام. پس از بررسی این سیاست، گزینه زیر را انتخاب می‌کنم:

رضایت خود را برای استفاده از بیمه خصوصی اعلام می‌کنم (تاریخ تولد دارنده بیمه نامه: ____/____/____)
 از دادن رضایت برای استفاده از بیمه خصوصی خودداری می‌کنم
 نامرتب، بیمه خصوصی ندارم

امضای پدر/مادر	تاریخ امضای پدر/مادر
نام پدر/مادر با حروف بزرگ غورشمسته	

هماهنگ‌کننده خدمات

نام و نشانی هماهنگ‌کننده خدمات	شماره تلفن هماهنگ‌کننده خدمات
امضای نماینده کارگزاری	تاریخ رسیدن به کارگزاری

«اداره آموزش ابتدایی و متوسطه» تبعیض مبتنی بر نژاد، رنگ پوست، مذهب، جنسیت، ملیت، سن یا معلولیت را در برنامه‌ها و فعالیت‌های خود مجاز نمی‌داند. برای مطرح کردن پرسش‌های مربوط به برنامه‌های «اداره» و مکان خدمات، فعالیت‌ها و مراکزی که افراد معلول می‌توانند از آنها استفاده کنند، می‌توانید به نشانی به ساختمان اداره دولتی جفرسون، دفتر مشاوره عمومی، هماهنگ‌کننده - رعایت حقوق مدنی (عنوان VI/عنوان) 19/قانون سن، طبقه ششم، شماره 205 خیابان جفرسون، صندوق پستی 480، شهر جفرسون، MO 65102-0480 مکاتبه کنید، یا شماره تلفن 573-526-4757 یا 800-735-2966 TTY تماس بگیرید یا به نشانی الکترونیکی civilrights@dese.mo.gov نامه بنویسید.