DEPARTAMENTUL PENTRU ÎNVĂȚĂMÂNT PRIMAR ŞI SECUNDAR DIN MISSOURI
BIROUL PENTRU ÎNVĂȚĂMÂNT SPECIAL - PROGRAMUL FIRST STEPS

CONSIMŢĂMÂNTUL DE A UTILIZA ASIGURAREA PRIVATĂ

NUMELE COPILULUI	DATA NAŞ TERII	NUMELE COMPANIEI DE ASIGURĂRI	DATA COMPLETĂRII

INSTRUCŢIUNI

Un exemplar al **Politicii privind sistemul de plăţi al programului First Steps** este oferit părintelui înainte de obținerea consimțământului de a utiliza asigurarea privată pentru facilitarea plății serviciilor programului First Steps şi înainte de obținerea consimțământului pentru serviciile programului First Steps.
Cu consimțământul părintelui, asigurarea privată va facilita plata următoarelor servicii First Steps: **dispozitive cu tehnologie de asistenţă, terapie ocupaţională, terapie fizică şi patologie de vorbire/limbă**.
Părintele trebuie să semneze şi să dateze acest formular şi apoi să-l înapoieze Coordonatorului de servicii înainte ca asigurarea privată să poată fi folosită pentru a facilita plata serviciilor First Steps. Datele de contact ale Coordonatorului de servicii sunt incluse mai jos.

INFORMAŢII PRIVIND ASIGURAREA (nu sunt necesare atunci când se obţine un exemplar al cardului de asigurări)

NUMELE COMPANIEI DE ASIGURĂRI	CARDUL DE ASIGURĂRI INDICĂ FAPTUL CĂ EXISTĂ ASIGURARE COMPLETĂ? ☐ Da ☐ Nu	
NUME GRUP	NUMĂR GRUP	ORDIN DE FACTURARE A POLIȚEI ☐ Primar ☐ Secundar
NUME DEȚINĂTOR POLIȚĂ	POLIȚĂ/ID MEMBRU	DATA DE ÎNCEPUT A POLIȚEI

MOTIVUL CONSIMŢĂMÂNTULUI

Este necesar consimțământul părintelui înainte ca programul First Steps să utilizeze asigurarea dvs. privată pentru fiecare dintre motivele următoare:

☐ Autorizație pentru serviciu nou ☐ Creşterea autorizațiilor pentru servicii ☐ Schimbarea companiei de asigurări sau schimbarea alegerii asiguratului

AUTORIZAŢII PENTRU SERVICII DIRECTE ALE PLANULUI DE SERVICII PERSONALIZAT PENTRU FAMILIE (IFSP)

Tipul serviciului	Frecvenţa serviciului	Data de început	Data de încheiere

CONSIMŢĂMÂNT

Declar că informațiile de mai sus sunt corecte la data semnării. Confirm că am primit un exemplar din **Politica privind sistemul de plăţi al programului First Steps**. După revizuirea politicii aleg următoarea opțiune:

☐ Îmi dau consimțământul pentru utilizarea asigurării private (data naşterii titularului poliței este: _____/_____/_____)

☐ NA, nu dețin asigurare privată ☐ Refuz să-mi dau consimțământul pentru utilizarea asigurării private

SEMNĂTURA PĂRINTELUI	DATA SEMNĂTURII PĂRINTELUI
NUMELE TIPĂRIT AL PĂRINTELUI	

COORDONATOR DE SERVICII

NUMELE ŞI ADRESA COORDONATORULUI DE SERVICII	NUMĂRUL DE TELEFON AL COORDONATORULUI DE SERVICII
SEMNĂTURA REPREZENTANTULUI AGENȚIEI	DATA PRIMIRII DE CĂTRE AGENȚIE

Departamentul pentru învățământ primar şi secundar nu face discriminări pe baza rasei, culorii, religiei, sexului, originii naționale, a vârstei sau dizabilității în programele şi activitățile sale. Întrebările legate de programele Departamentului şi de locația serviciilor, a activităților şi a dotărilor care sunt accesibile persoanelor cu dizabilități pot fi adresate la 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; număr de telefon 573-526-4757 sau TTY 800-735-2966; email civilrights@dese.mo.gov.