



同意使用私人保险

孩子姓名	出生日期	保险公司名称	完成日期
------	------	--------	------

说明

在得到使用私人保险支付人生起步服务的同意之前，以及在得到接受人生起步服务的同意之前，我们已向家长提供了《人生起步支付系统保险单》的副本。

得到家长的同意后，私人保险将用来帮助支付以下人生起步服务：

辅助技术设备、职业治疗、物理治疗以及语音/语言病理学。

家长必须在本表格上签名并署上日期，然后在私人保险能用来为人生起步服务进行支付之前，将本表送还至服务协调员。服务协调员的联系信息如下：

保险信息（得到保险卡副本时，不需要该信息）

保险公司名称	保险卡是否标明完全保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
组名	组数	保险单记帐号 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级
投保人姓名	保险单/会员 ID	保险单开始日期

需获得同意的原因

在人生起步服务因以下原因使用您的私人保险之前需获得家长同意：

新服务授权 增加服务授权 保险公司变更或运营商选择变更

个性化家庭服务计划（IFSP）直接服务授权

服务类型	服务频次	开始日期	结束日期

同意

本人保证上述信息自签署日开始准确无误。我确认已收到《人生起步支付系统保险单》的副本。在查阅了保险单后，我选择以下选项：

我同意使用私人保险（投保人出生日期为：____/____/____）
 不适用，我没有私人保险 我不同意使用私人保险

家长签名	家长签名日期
家长印刷体姓名	

服务协调员

服务协调员姓名与地址	服务协调员电话号码
机构代表签名	机构收到的日期

中小学教育部不会因种族、肤色、宗教、性别、国籍、年龄或残疾等原因，在其计划或活动中给予歧视。如要查询部门计划的相关信息，以及残疾人员所能参与享用的服务、活动以及设施的所在地点，请直接向杰弗逊政府办公大楼，法律顾问办公室，民权合规协调员（《年龄法案 504 条残疾人员（ADA）》第六款与第九款）进行咨询，地址：6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O.Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480； 电话：573-526-4757 或电传打字机：800-735-2966；电邮：civilrights@dese.mo.gov。