మిస్సోరీ డిపార్ట్‌మెంట్ ఆఫ్ ఎలిమెంటరీ మరియు సెకండరీ ఎడ్యుకేషన్

ఆఫీస్ ఆఫ్ స్పెషల్ ఎడ్యుకేషన్- ఫస్ట్ స్టెప్స్ ప్రోగ్రామ్

ప్రయివేట్ బీమా ఉపయోగించుకోవడానికి సమ్మతి

పిల్లవాడి పేరు:	పుట్టిన తేదీ	బీమా కంపెనీ పేరు	పూర్తి చేసిన తేదీ

సూచనలు

ఫస్ట్ స్టెప్స్ సర్వీస్‌లకు చెల్లించడంలో సహాయపడటం కొరకు ప్రయివేట్ బీమాను ఉపయోగించుకోవడానికి సమ్మతిని పొందడానికి మరియు మరియు ఫస్ట్ స్టెప్స్ సర్వీసెస్ కొరకు సమ్మతిని పొందడానికి ముందు **ఫస్ట్ స్టెప్స్ సిస్టమ్ ఆఫ్ పేమెంట్ పాలసీ** యొక్క కాపీ తల్లిదండ్రులకు అందించబడుతుంది.

తల్లిదండ్రుల సమ్మతితో, ప్రయివేట్ బీమా దిగువ పేర్కొన్న ఫస్ట్‌స్టెప్స్ సర్వీసులకు చెల్లించడానికి సహాయపడుతుంది:

అసిస్టివ్ టెక్నాలజీ డివైలు, ఆక్యుపేషనల్ థెరపీ, ఫిజికల్ థెరపీ, మరియు స్పీచ్/లాంగ్వేజ్ పాథలజీ.

ప్రయివేట్ బీమా సంస్థ ఫస్ట్ స్టెప్స్ సర్వీస్‌కు చెల్లించడానికి సహాయపడటం కొరకు ఉపయోగించుకోవడానికి ముందు తల్లిదండ్రులు తేదీతో పాటుగా విధిగా సంతకం చేసిన ఫారాన్ని సర్వీస్ కో ఆర్డినేటర్‌కు రిటర్న్ చేయాలి. సర్వీస్ కో ఆర్డినేటర్‌ని సంప్రదించే సమాచారం దిగువన చేర్చబడింది.

బీమా సమాచారం (బీమాకార్డ్ యొక్క కాపీని పొందినప్పుడు అవసరం లేదు)

బీమాకంపెనీ పేరు	పూర్తిగా బీమా చేయబడినట్లుగా బీమా కార్డ్ సూచిస్తోందా? ☐ అవును ☐ కాదు	
గ్రూపు పేరు	గ్రూపు నెంబరు	పాలసీ బిల్లింగ్ ఆర్డర్ ☐ప్రైమరీ ☐సెకండరీ
పాలసీదారుడి పేరు	పాలసీ/మెంబర్ ID	పాలసీ ప్రారంభ తేదీ

సమ్మతి కొరకు కారణం

దిగువ పేర్కొన్న ప్రతి కారణం కొరకు మీ ప్రయివేట్ బీమాను ఫస్ట్ స్టెప్స్ ఉపయోగించుకోవడానికి ముందు తల్లిదండ్రుల సమ్మతి అవసరం:

☐ కొత్త సర్వీస్ ఆథరైజేషన్ ☐ సర్వీస్ ఆథరైజేషన్‌లో పెంపుదల ☐ బీమాకంపెనీలో మార్పు లేదా క్యారియర్ ఎంపికలో మార్పు

వ్యక్తిగతీకరించబడ్డ ఫ్యామిలీ సర్వీస్ ప్లాన్ (IFSP) డైరెక్ట్ సర్వీస్ ఆథరైజేషన్‌లు

సర్వీస్ టైప్	సర్వీస్ యొక్క అవధి	ప్రారంభ తేదీ	ముగింపు తేదీ

సమ్మతి

పైన పేర్కొనబడ్డ సమాచారం సంతకం వేయబడ్డ తేదీ నాటికి కచ్చితమైనదని నేను సర్టిఫై చేస్తున్నాను. **ఫస్ట్ స్టెప్స్ పేమెంట్ పాలసీ సిస్టమ్** యొక్క కాపీని నేను అందుకున్నట్లుగా ధృవీకరిస్తున్నాను. పాలసీని సమీక్షించిన తరువాత, నేను దిగువ ఆప్షన్ ఎంచుకున్నాను:

☐ప్రయివేట్ బీమా ఉపయోగించుకునేందుకు నేను సమ్మతిని ఇచ్చాను (పాలసీదారుడి యొక్క పుట్టిన తేదీ: _____/_____/_____)

☐వర్తించదు,నాకు ప్రయివేట్ బీమా లేదు ☐ప్రయివేట్ బీమా ఉపయోగించుకునేందుకు నేను సమ్మతిని నిరాకరిస్తున్నాను

తల్లిదండ్రుల సంతకం	తల్లిదండ్రులు సంతకం చేసిన తేదీ
తల్లిదండ్రుల యొక్క ముద్రిత పేరు	

సర్వీస్ కో ఆర్డినేటర్

సర్వీస్ కో ఆర్డినేటర్ పేరు మరియు చిరునామా	సర్వీస్ కో ఆర్డినేటర్ ఫోన్ నెంబరు
ఏజెన్సీ ప్రతినిధి సంతకం	ఏజెన్సీ ద్వారా అందుకున్న తేదీ

డిపార్ట్‌మెంట్ ఆఫ్ ఎలిమెంటరీ మరియు సెకండరీ ఎడ్యుకేషన్, జాతి, రంగు, మతం, లింగం, జాతీయ,వయస్సు లేదా వైకల్యత ఆధారంగా తన ప్రోగ్రామ్‌లు మరియు యాక్టివిటీల్లో ఎలాంటి వివక్ష చూపించదు. డిపార్ట్‌మెంట్ ప్రోగ్రామ్‌లు మరియు సర్వీస్‌లు, యాక్టివిటీలు, మరియు వైకల్యతతో ఉన్న వ్యక్తుల ద్వారా యాక్సెస్ చేసుకునే ఫెసిలిటీలకు సంబంధించిన విచారణలు జెఫర్సన్ స్టేట్ ఆఫీస్ బిల్డింగ్, ఆఫీస్ ఆఫ్ ద జనరల్ కౌన్సిల్, కో ఆర్డినేటర్- సివిల్ రైట్స్ కాంప్లయన్స్ (టైటిల్ VI/Title IX/504/ ADA/Age చట్టం), 6వ అంతస్తు, 205 జెఫర్సన్ స్ట్రీట్, బాక్స్ 480, జెఫర్సన్ సిటీ, MO 65102-0480; టెలిఫోన్ నెంబరు 573-526-4757 లేదా TTY 800-735-2966; ఇమెయిల్ civilrights@dese.mo.govకు డైరెక్ట్ చేయబడవచ్చు.