密蘇里州中小學教育部
特殊教育辦公室 - 人生起步計畫

同意使用私人保險

孩子姓名	出生日期	保險公司名稱	完成日期

說明

在得到使用私人保險支付人生起步服務的同意之前，以及在得到接受人生起步服務的同意之前，我們已向家長提供了**《人生起步支付系統保險單》**的副本。

得到家長的同意後，私人保險將用來說明支付以下人生起步服務：
輔助技術設備、職業治療、物理治療以及語音/語言病理學。

家長必須在本表格上簽名並署上日期，然後在私人保險能用來為人生起步服務進行支付之前，將本表送還至服務協調員。服務協調員的聯絡資訊如下：

保險資訊（得到保險卡副本時，不需要該資訊）

保險公司名稱	保險卡是否標明完全保險？ ☐ 是 ☐ 否	
組名	組數	保險單記帳號 ☐ 一級 ☐ 二級
投保人姓名	保險單/會員 ID	保險單開始日期

需獲得同意的原因

在人生起步服務因以下原因使用您的私人保險之前需獲得家長同意：

☐ 新服務授權　☐ 增加服務授權　☐ 保險公司變更或運營商選擇變更

個性化家庭服務計畫 (IFSP) 直接服務授權

服務類型	服務頻次	開始日期	結束日期

同意

本人保證上述資訊自簽署日開始準確無誤。我確認已收到**《人生起步支付系統保險單》**的副本。在查閱了保險單後，我選擇以下選項：

☐ 我同意使用私人保險（投保人出生日期為：_____/_____/_____）

☐ 不適用，我沒有私人保險　☐ 我不同意使用私人保險

家長簽名	家長簽名日期
家長印刷體姓名	

服務協調員

服務協調員姓名與位址	服務協調員電話號碼
機構代表簽名	機構收到的日期

中小學教育部不會因種族、膚色、宗教、性別、國籍、年齡或殘疾等原因，在其計畫或活動中給予歧視。如要查詢部門計畫的相關資訊，以及殘疾人員所能參與享用的服務、活動以及設施的所在地點，請直接向傑弗遜政府辦公大樓，法律顧問辦公室，民權合規協調員（《年齡法案 504 條殘疾人員 (ADA)》第六款與第九款）進行諮詢，位址：6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O.Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480 ； 電話：573-526-4757 或電傳打字機：800-735-2966；電郵：civilrights@dese.mo.gov。