



СОГЛАСИЕ НА ИНДИВИДУАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

| | | | |
|-------------|---------------|---------------------------------|-----------------|
| ИМЯ РЕБЕНКА | ДАТА РОЖДЕНИЯ | НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ | ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ |
|-------------|---------------|---------------------------------|-----------------|

ИНСТРУКЦИИ

Перед тем, как родитель даст согласие на индивидуальное страхование для оплаты услуг программы «First Steps», а также на участие в самой программе, он получает экземпляр документа «**Политика «First Steps» в отношении системы оплаты**».

При наличии согласия одного из родителей, индивидуальная страховка может оплатить следующие услуги, предоставляемые в рамках программы «First Steps»:

ортопедические и реабилитационные устройства, трудовая терапия, физиотерапия, помощь при патологии речи/языка.

Для того, чтобы Medicaid оплатила услуги в рамках программы «First Steps», родитель должен подписать эту форму, указать дату и вернуть ее соответствующему координатору. Контактная информация координатора услуг указана ниже.

ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ (НЕ ТРЕБУЕТСЯ, ЕСЛИ ПРЕДОСТАВЛЕНА КОПИЯ КАРТЫ СТРАХОВАНИЯ)

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ | ТИП КАРТЫ СТРАХОВАНИЯ ПОЛНОСТЬЮ ЗАСТРАХОВАН? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |
| НАЗВАНИЕ ГРУППЫ | НОМЕР ГРУППЫ | ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СЧЕТА ЗА СТРАХОВАНИЕ <input type="checkbox"/> Первичный <input type="checkbox"/> Вторичный |
| ИМЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА | НОМЕР ПОЛИСА/УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ | НАЧАЛО СРОКА ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВКИ |

ПРИЧИНА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОГЛАСИЯ

Перед использованием Вашей индивидуальной страховки программе «First Steps» необходимо получить согласие одного из родителей для каждой из следующих причин:

- Утверждение новой услуги Расширение объема услуги Смена компании-страховщика или изменение застрахованного лица

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН ОБСЛУЖИВАНИЯ СЕМЬИ (ИПОС) ПРЯМОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГИ

| Тип услуги | Регулярность использования услуги | Дата начала | Дата окончания |
|------------|-----------------------------------|-------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

СОГЛАСИЕ

Я подтверждаю, что на момент подписания вышеперечисленные данные указаны верно. Я подтверждаю, что получил(а) экземпляр документа «**Политика «First Steps» в отношении системы оплаты**». После ознакомления с ним я выбираю следующее:

- Я даю согласие на индивидуальное страхование (дата рождения держателя страхового полиса: ____/____/____)
 Я отказываюсь от индивидуального страхования
 Неприменимо, у меня нет индивидуальной страховки

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ | ДАТА ПОДПИСАНИЯ РОДИТЕЛЯМИ |
| РАСШИФРОВКА ПОДПИСИ РОДИТЕЛЯ | |

КООРДИНАТОР УСЛУГ

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| ИМЯ И АДРЕС КООРДИНАТОРА УСЛУГ | ТЕЛЕФОН КООРДИНАТОРА УСЛУГ |
| ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ АГЕНТСТВА | ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ДОКУМЕНТА АГЕНТСТВОМ |

Управление начального и среднего образования не осуществляет дискриминацию на основании расовой принадлежности, цвета кожи, религиозных убеждений, пола, национального происхождения, возраста или неспособности принимать участие в ее программах и деятельности. Запросы относительно программы, реализуемых управлением, мест, где оно осуществляет свою деятельность, предоставляет услуги, а также возможности обслуживания людей с ограниченными физическими возможностями отправляйте в администрацию Джефферсон-сити, офис Генерального совета, координатору по вопросам соблюдения гражданских прав (Статья VI / IX / Раздел 504 / Закон об американских гражданах с ограниченными физическими возможностями/Закон о возрастной дискриминации), 6-ой этаж, ул. Джефферсон-стрит 205, почтовый ящик 480, Джефферсон-сити, шт. Миссури 65102-0480; по телефону 573-526-4757 или телетайпу 800-735-2966; эл. почте civilrights@dese.mo.gov.