



SỞ GIÁO DỤC TIỂU HỌC VÀ TRUNG HỌC MISSOURI  
PHÒNG GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT - CHƯƠNG TRÌNH FIRST STEPS



**GIẤY ĐỒNG Ý SỬ DỤNG BẢO HIỂM TƯ NHÂN**

TÊN CỦA TRẺ	NGÀY SINH	TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM	NGÀY HOÀN TÁT
-------------	-----------	----------------------	---------------

**HƯỚNG DẪN**

Một bản sao của **Chính Sách Hệ Thống Thanh Toán của First Steps** được cung cấp cho cha mẹ trước khi lấy giấy đồng ý để sử dụng bảo hiểm tư nhân nhằm giúp thanh toán các dịch vụ First Steps và trước khi lấy giấy đồng ý đối với các dịch vụ First Steps.

Với sự đồng ý của cha mẹ, bảo hiểm tư nhân sẽ giúp thanh toán các dịch vụ First Steps sau đây:

**Thiết Bị Công Nghệ Hỗ Trợ, Lao Động Liệu Pháp, Vật Lý Trị Liệu, Bệnh Học Lời Nói/Ngôn Ngữ.**

Cha mẹ phải ký tên và ghi ngày tháng vào giấy này và gửi lại cho Điều Phối Viên Dịch Vụ trước khi có thể sử dụng bảo hiểm tư nhân để giúp thanh toán các dịch vụ First Steps. Thông tin liên hệ Điều Phối Viên Dịch Vụ được cung cấp bên dưới.

**THÔNG TIN BẢO HIỂM (không bắt buộc khi đã lấy một bản sao của thẻ bảo hiểm)**

TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM	THẺ BẢO HIỂM CHO BIẾT ĐƯỢC BẢO HIỂM ĐẦY ĐỦ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
TÊN NHÓM	SỐ NHÓM	THỨ TỰ LẬP HÓA ĐƠN THEO HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM <input type="checkbox"/> Chính <input type="checkbox"/> Phụ
TÊN NGƯỜI CÓ HỢP ĐỒNG	ID HỢP ĐỒNG/HỘI VIÊN	NGÀY BẮT ĐẦU HỢP ĐỒNG

**LÝ DO ĐỒNG Ý**

Cần có sự đồng ý của cha mẹ trước khi First Steps sử dụng bảo hiểm tư nhân của quý vị vì từng lý do sau đây:

- Cho phép dịch vụ mới       Khoản tăng trong cho phép dịch vụ       Thay đổi ở công ty bảo hiểm hoặc thay đổi trong việc chọn công ty bảo hiểm

**CHO PHÉP DỊCH VỤ TRỰC TIẾP KẾ HOẠCH PHỤC VỤ GIA ĐÌNH CÁ NHÂN HÓA (IFSP)**

Loại Dịch Vụ	Tần Suất Dịch Vụ	Ngày Bắt Đầu	Ngày Kết Thúc

**GIẤY ĐỒNG Ý**

Tôi xác nhận thông tin bên trên là chính xác vào ngày ký. Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao của **Chính Sách Hệ Thống Thanh Toán của First Steps**. Sau khi xem lại chính sách này, tôi chọn lựa chọn sau đây:

- Tôi đồng ý sử dụng bảo hiểm tư nhân (ngày sinh của chủ hợp đồng bảo hiểm: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
 Không áp dụng, tôi không có bảo hiểm tư nhân       Tôi không đồng ý sử dụng bảo hiểm tư nhân

CHỮ KÝ CỦA CHA MẸ	NGÀY CHA MẸ KÝ TÊN
TÊN VIẾT IN CỦA CHA MẸ	

**ĐIỀU PHỐI VIÊN DỊCH VỤ**

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA ĐIỀU PHỐI VIÊN DỊCH VỤ	SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA ĐIỀU PHỐI VIÊN DỊCH VỤ
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN CƠ QUAN	NGÀY CƠ QUAN NHẬN ĐƯỢC

Sở Giáo Dục Tiểu Học và Sơ Trung không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, tôn giáo, giới tính, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác hoặc khuyết tật trong các chương trình và hoạt động của sở. Có thể gửi thắc mắc liên quan đến các chương trình của Sở và về địa điểm phục vụ, hoạt động, và các cơ sở dễ tiếp cận cho người khuyết tật đến địa chỉ Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ ADA/Age Act), 6<sup>th</sup> Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; điện thoại số 573-526-4757 hoặc TTY 800-735-2966; email [civilrights@dese.mo.gov](mailto:civilrights@dese.mo.gov).