**Письменное уведомление и согласие на использование государственной/ частной страховки для оплаты услуг**

**по программе раннего вмешательства (EI)**

Имя и фамилия ребенка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ SSID:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Программа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактное лицо программы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В данной форме разъясняется «Уведомление для родителей относительно государственных/ частных пособий и страховок» штата Орегон. Я понимаю данную информацию и даю согласие на использование либо неиспользование страхового обеспечения, как указано ниже:

**Услуги раннего вмешательства (Early Intervention, EI)**

Я понимаю, что:

Мое информированное согласие необходимо предоставить, прежде чем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Программа EI

выставит счет в адрес моей страховой компании за первоначальное предоставление услуг по раннему вмешательству и в случае увеличения объема услуг EI, предоставляемых моему ребенку.

Я понимаю, что предоставление согласия на обращение за оплатой услуг к моей страховой компании означает, что **информация о предоставляемых моему ребенку услугах EI может быть раскрыта**.Мое согласие является добровольным. Я понимаю, что в случае моего отказа дать согласие мой ребенок продолжит получать услуги EI. Я понимаю, что услуги EI, предусмотренные в Индивидуальном плане обслуживания семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP), будут предоставлены бесплатно для меня.

[ ]  Я даю согласие на то, чтобы моя государственная страховая компания (например, Medicaid) получала счета от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за услуги EI.

 Программа EI

[ ]  Я даю согласие на то, чтобы моя частная страховая компания получала счета от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за услуги EI.

 Программа EI

[ ]  **Я отказываюсь дать согласие на выставление счетов моей страховой компании за услуги EI.**

Я понимаю, что могу аннулировать свое согласие: 1) на раскрытие информации о предоставляемых моему ребенку услугах EI или моей страховой компании и 2) на выставление счетов моей страховой компании в любое время, уведомив об этом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Программа EI

В случае аннулирования данного согласия мой отказ на выставление счетов за услуги будет действовать с даты аннулирования согласия. Я понимаю, что услуги EI, предусмотренные в IFSP, будут предоставлены бесплатно для меня.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись родителя или опекуна Дата

|  |  |
| --- | --- |
| Страховая компания:       | Дата вступления в силу страхового полиса:  |
| Держатель полиса:       | Номер групповой страховки по месту работы/ Имя и фамилия работодателя:       |
| Номер полиса:       | Телефон: ( ) - доб.: |
| Номер группы:       | Номер Medicaid:       |

**ПРИЛОЖЕНИЕ: Уведомление для родителей относительно государственных/частных пособий и страховок (2 страницы)**

**Письменное уведомление и согласие на использование государственной/ частной страховки для оплаты услуг**

**по программе раннего вмешательства (EI)**

**Цель формы**

Данная форма отвечает требованиям Части С Закона об образовании лиц с особыми потребностями (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) 2011 года относительно согласия родителя на использование государственной/ частной страховки (Титул 34 Свода федеральных правил (CFR) 300.154; 303.520; 303.521).

Программы должны внести необходимую информацию о программе в заголовок в целях адаптации формы для местного использования.

В приложении **«Уведомление для родителей относительно государственных/ частных пособий и страховок»** предоставляется информация для родителей, которая поможет им понять цель и характер их согласия.

**Указания по заполнению формы:**

* укажите полное официальное имя учащегося/ребенка, включая второе имя.
* укажите дату рождения ребенка (месяц/день/год).
* укажите номер SSID ребенка; и
* укажите название программы, предоставляющей услуги EI ребенку, и ее контактное лицо.

Предоставьте родителям информацию о том, почему необходимо их согласие и что оно означает. Сотрудники программ вместе с родителями изучат **«Письменное уведомление и согласие на использование государственной/ частной страховки для оплаты услуг раннего вмешательства (Early Intervention, EI)» и «Уведомление для родителей относительно государственных/ частных пособий и страховок».**

* Попросите родителей поставить отметку о согласии в соответствующем окошке ;
* Попросите родителей поставить подпись и дату;
* Предоставьте один экземпляр родителю, а второй экземпляр вложите в личное дело ребенка.

**Уведомление для родителей относительно государственных/ частных пособий и страховок**

**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

Вы должны дать свое согласие, прежде чем Программа раннего вмешательства (Early Intervention, EI) раскроет личную информацию о вашем ребенке государственной программе страхования или пособий, такой как Medicaid, или вашей частной страховой компании в целях выставления счетов за услуги.

1. С вас **не может** взиматься плата за координацию обслуживания, услуги выявления ребенка с инвалидностью, обследования и оценки, разработку индивидуального плана обслуживания семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP) и применение процессуальных гарантий (Права семьи).
2. Неспособность оплатить услуги не станет причиной задержек или отказа в предоставлении услуг EI.
3. Даже если вы не предоставите согласия на использование страховки, вы и/или ваш ребенок все равно будете получать услуги EI, предусмотренные в IFSP. Отказ дать согласие на использование страховки не может стать причиной задержек или отказа в предоставлении услуг EI.
4. Вы в любое время можете аннулировать согласие на выставление счетов вашей государственной или частной страховой компании, уведомив об этом вашу программу EI. В случае аннулирования данного согласия ваш отказ на выставление счетов за услуги будет действовать с даты аннулирования согласия.
5. Услуги EI, предусмотренные в IFSP, будут предоставлены бесплатно для вас. Любые доплаты или франшизы, связанные с предоставлением данных услуг, будут оплачиваться вашей местной программой EI.

**Программы государственного страхования или пособий, включая Medicaid**

1. Если ваш ребенок еще не зарегистрирован в программе государственного страхования, такой как Medicaid, это не требуется для получения ребенком услуг EI.
2. Поставщики услуг EI должны получить ваше согласие на использование вашего государственного страхового обеспечения, например, Medicaid, для оплаты предоставляемых вашему ребенку услуг EI и в случаях увеличения объема услуг по IFSP. Ваше государственное страховое обеспечение, например Medicaid, не будет использоваться, если использование такового будет иметь любое из следующих последствий:
	1. уменьшение объема пожизненного страхового покрытия или любого другого страхового пособия для вас или вашего ребенка;
	2. необходимость платить за услуги, которые в противном случае были бы оплачены программой государственного страхования или пособием;
	3. увеличение размера ваших страховых взносов или отказ в государственной страховке или пособиях по линии социального обеспечения; или
	4. утеря вашей семьей права на альтернативные услуги, предоставляемые на дому или по месту жительства и основанные на общей стоимости медицинского обслуживания.

**Частное страховое обеспечение**

1. Поставщики услуг EI или ECSE должны получить ваше согласие, прежде чем будут использовать вашу частную страховку для оплаты предоставляемых вашему ребенку услуг EI, если:

a. ваш поставщик услуг EI хочет использовать семейную частную страховку или пособие для оплаты первоначальных услуг EI либо услуг EI, указанных в IFSP; или

b. происходит увеличение объема (частоты, срока или содержания) предоставляемых услуг, предусмотренных по IFSP вашего ребенка; и в этом случае, прежде чем может быть использована ваша страховка, необходимо снова получить ваше согласие.

2. Частная страховка не может быть использована для оплаты услуг EI, если такое использование приведет к любому из следующих последствий для вас, вашего ребенка или любого лица, включенного в ваш страховой полис:

a. потеря льгот или сокращение льгот вследствие установленных лимитов расходов на годовое или пожизненное страховое покрытие;

b. уменьшение доступности или прекращение предоставления страхового покрытия. Предоставление страхового покрытия для членов вашей семьи не может быть прекращено в результате использования страховки для оплаты услуг EI; или

c. увеличение размера страховых взносов.

3. Вы должны получить письменную копию данного документа, прежде чем давать или не давать свое согласие на использование частного страхового полиса для оплаты услуг раннего вмешательства или специального образования для детей раннего возраста.