

## إدارة الصحة في ولاية نيويورك مكتب التدخل المبكر

### إخطار لولي الأمر بخصوص التأمين

في ولاية نيويورك، يجب تقديم خدمات التدخل المبكر (Early Intervention, EI) للعائلات بالمجان. ومع ذلك، يشتمل نظام ولاية نيويورك لمدفوعات برنامج التدخل المبكر (Early Intervention Program, EIP) على استخدام التأمين العام (مثل Medicaid و Child Health Plus) والتأمين الخاص (مثل CDPHP و UHC وغيره) لسداد تكاليف خدمات التدخل المبكر. وتساعد مصادر التمويل المهمة هذه في ضمان توافر خدمات التدخل المبكر للأجيال القادمة.

بموجب قانون الصحة العامة، يلتزم مقدمو خدمات EI بتحرير فواتير للتأمين العام والخاص لخدمات التدخل المبكر أولاً، قبل تقديم الفواتير للسداد من قبل البلدية الخاصة بك. لن يتم تحرير فاتورة للتأمين الخاص إلا إذا كانت بوليصة التأمين الخاصة بك خاضعة لقانون ولاية نيويورك (منظمة). ولا يتم تحرير فواتير للتأمين غير المنظم نظير خدمات EIP.

### **Medicaid والتأمين الخاص:**

إذا كانت عائلتك تتمتع بتغطية تأمين خاص وتأمين عام (Medicaid)، فسيتم تحرير الفواتير بمطالبات السداد نظير خدمات التدخل المبكر أولاً إلى التأمين الخاص، وسيتم تحرير فاتورة بالمبلغ المتبقي فقط للتأمين العام (Medicaid) من أجل السداد. وستتم محاسبة خطة التأمين الخاصة بطفلك عن خدمات التدخل المبكر إذا كان تأمين طفلك خاضعاً لقانون التأمين بولاية نيويورك.

### **جمع أرقام التأمين والضمان الاجتماعي:**

بموجب قانون الصحة العامة (Public Health Law, PHL) بولاية نيويورك:

- يتعين على منسق الخدمات الخاص بك أن يجمع المعلومات والمستندات المتعلقة بالتغطية التأمينية لطفلك، ويتعين عليك تقديمها، بما يتضمن التأمين العام والخاص. تتضمن هذه المعلومات: نوع بوليصة التأمين أو خطة المخصصات الصحية، واسم شركة التأمين أو مدير الخطة، ورقم تعريف البوليصة أو الخطة، ونوع التغطية في البوليصة وأي معلومات أخرى مطلوبة لتحرير الفواتير للتأمين الخاص بك. سيقوم منسق الخدمة الخاص بك بشرح حقوقك ومسؤولياتك، والحماية التي يوفرها القانون للعائلات. [PHL§2543(3) ؛ PHL§2559(3)(a)(i)]
- يتعين على مسؤول التدخل المبكر الخاص بك أن يجمع رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك ورقم الضمان الاجتماعي الخاص بطفلك، ويجب عليك تقديمهما. وسيتم الاحتفاظ بهذه المعلومات بطريقة آمنة وسرية. [PHL§2552(2)]

بوليصات التأمين الخاضعة للتنظيم من قبل ولاية نيويورك:

يتم ضمان وسائل الحماية التالية بموجب قانون الصحة العامة (PHL) بولاية نيويورك وقانون التأمين بولاية نيويورك (SIL) للخطط التأمينية المنظمة من قبل ولاية نيويورك، وذلك عند استخدام التأمين العام والخاص لسداد تكاليف خدمات التدخل المبكر.

1. سيتم تقديم خدمات التدخل المبكر التي يحتاجها طفلك دون أن تتحمل عائلتك أي تكلفة. ولا يمكن مطالبتك بسداد أي تكاليف عينية، مثل الخصومات أو المدفوعات المشتركة، وذلك نظير أي خدمات يتلقاها طفلك وعائلتك في برنامج التدخل المبكر (EIP). سيقوم مسؤول التدخل المبكر (Early Intervention Official, EIO) بترتيب سداد جميع المدفوعات المشتركة والخصومات. [PHL§2557(1); PHL§2559(3)(b)]
2. يحظر على شركات التأمين خصم أي مخصصات مدفوعة لخدمات التدخل المبكر مقابل أي حد أقصى للبوليصات السنوية أو بوليصات مدى الحياة ("الحدود القصوى"). وهذا يعني أن أي دفعات تسدها شركة تأمينك نظير خدمات التدخل المبكر لن تقلل من التغطية التأمينية الإجمالية لعائلتك. [PHL§2559(3)(c); SIL§3235-a(b)]
3. يُحظر على شركات التأمين احتساب تكلفة أي من خدمات التدخل المبكر المسددة مقابل الزيارة الواردة ببوليصتك. وهذا يعني أن زيارات التدخل المبكر التي تسدها شركة التأمين لا يمكن أن تقلل من عدد الزيارات المتاحة - بخلاف ذلك - لطفلك وعائلتك للرعاية الصحية. [SIL§3235-a(b)]
4. لن تقتصر خدمات التدخل المبكر المتاحة لطفلك وعائلتك على ما يغطيه تأمينك. يتعين على مسؤول التدخل المبكر الخاص بك أن يتأكد من تزويد طفلك بخدمات التدخل المبكر المناسبة، حتى لو كان تأمينك لا يغطي هذه الخدمات أو إذا لم يكن لديك تأمين. [PHL§2552(1)]
5. لا يمكن لشركة التأمين الصحي الخاصة بك إيقاف أو عدم تجديد تغطيتك التأمينية لمجرد أن طفلك يتلقى الخدمات من خلال برنامج [SIL§3235-a(d)]. [EIP]
6. لا يمكن لشركة التأمين الصحي الخاصة بك زيادة أقساط التأمين الصحي الخاصة بك لمجرد تلقي طفلك وعائلتك للخدمات من خلال برنامج EIP.
7. لن تتأثر أهلية طفلك لبرامج الإعفاء المنزلية والمجتمعية باستخدام التأمين الصحي العام (أي Medicaid) لسداد تكاليف خدمات التدخل المبكر. إن الحصول على خدمات التدخل المبكر لا يمنع من المشاركة في برنامج إعفاء الأطفال لدى Medicaid 1915(c)
8. يجب استمرار تقديم خدمات التدخل المبكر في خطة IFSP حتى لو لم تكن لديك تغطية تأمينية خاصة أو عامة. ولا يمكن إلزامك بالحصول على تغطية تأمينية صحية باعتبارها شرطاً للمشاركة في برنامج EIP، على الرغم من أن منسق الخدمة الخاص بك يمكنه مساعدتك في الإحالة وتقديم طلبات الحصول على المخصصات العامة إذا اخترت ذلك. [PHL§2552(1); PHL§2559(1)]

**لا تتم محاسبة البوليصات التأمينية غير الخاضعة للتنظيم من قبل ولاية نيويورك عن خدمات برنامج EIP:**  
إذا لم تكن خطتك التأمينية خاضعة للتنظيم من قبل ولاية نيويورك، لن يتم تطبيق إجراءات الحماية في الصحة العامة أو التأمين بالولاية على خطتك التأمينية. في ظل هذه الظروف:

1. لا يُحظر على شركة التأمين الخاصة بك تطبيق خدمات التدخل المبكر على الحدود المالية بالبوليصة المحددة سنويًا أو مدى الحياة أو من تقليل عدد الزيارات المتاحة بخلاف ذلك.
2. لا يُحظر على شركة التأمين الخاصة بك التوقف أو عدم تجديد تغطيتك التأمينية بسبب حصول طفلك على خدمات EIP.
3. لا يُحظر على شركة التأمين الخاصة بك زيادة أقساط التأمين الخاصة بك بسبب حصول طفلك على خدمات EIP.

### **الإحلال:**

إن قانون الصحة العامة لولاية نيويورك يمنح البلدية ومقدم الخدمة الحق في "الإحلال" للتعويض بموجب البوليصة الخاصة بك، وذلك إلى الحد الذي سددته البلدية نظير خدمات التدخل المبكر أو الذي قام به مقدم الخدمات بتقديم الخدمات التي تغطيها بوليصتك. [PHL§2559(3)(d); SIL§3235-a(c)] وهذا يعني أن أي مدفوعات مقابل خدمات التدخل المبكر التي يقدمها التأمين الخاص يجب أن يتم سدادها مباشرة إلى مقدم خدمات التدخل المبكر. وفي حالة سداد المدفوعات إليك بالخطأ، يُرجى التواصل مع مقدم خدمات التدخل المبكر الخاص بك و/أو منسق الخدمات للحصول على التوجيهات والمساعدة. ويعتبر هذا أمرًا مهمًا للتحقق من حصول مقدم الخدمات الخاص بك على مستحقات خدمات التدخل المبكر التي قدمها إلى طفلك وعائلتك.

### **حقوق الحصول على الإجراءات الواجبة:**

يتمتع أولياء الأمور بالحق في الحصول على الإجراءات القانونية الواجبة لتسوية الخلافات أو الشكاوى حول خدمات التدخل المبكر لأطفالهم. وتشتمل حقوقهم في الإجراءات الواجبة هذه على الحصول على فرصة للوساطة و/أو السعي لجلسة استماع بإجراءات قانونية و/أو الحصول على فرصة لتقديم شكوى بنظام الولاية. وتعتبر جميع الخيارات تطوعية ودون أن يتحمل أولياء الأمور أي تكلفة. [CFR §303.431, §303.436, §303.441, §303.434; PHL §2549; 10 NYCRR Section 69-4.17 34]

- **الوساطة** هي عملية يجريها أحد الوسطاء المدربين من مركز تسوية المنازعات المجتمعية الذي يساعد أولياء الأمور ومسؤولي التدخل المبكر (EIOS) في التوصل إلى اتفاق حول خدمات التدخل المبكر.
- يتم إجراء جلسات استماع محايدة بواسطة مسؤولي جلسات الاستماع (قضاة القانون الإداري المعيّنين من قبل مفوض الصحة أو من ينوب عنه) ويتم استخدامها لتسوية النزاعات بين أولياء الأمور ومسؤولي التدخل المبكر (EIO). يمكن لأولياء الأمور طلب إجراء جلسة استماع محايدة إذا اعتبر طفلهم غير مؤهل للحصول على الخدمات من قبل المقيّم متى كان الطلب قد تم تقديمه في غضون 6 أشهر من تاريخ اعتبار الطفل غير مؤهل.
- يمكن إرسال شكوى النظام إذا كان أولياء الأمور يعتقدون بأن مسؤول التدخل المبكر (EIO) أو منسق الخدمة أو المقيم أو مقدم الخدمة لا يؤدي عمله بموجب القانون أو القواعد أو اللوائح. ويجب تقديم هذه الشكوى كتابيًا إلى مدير مكتب التدخل المبكر بإدارة الصحة في ولاية نيويورك، ويجب تقديمها خلال مدة لا تتجاوز عامًا من تاريخ وقوع المخالفة المزعومة. إذا كانت لديك أي أسئلة حول المعلومات الواردة في هذا الإخطار، يُرجى سؤال منسق الخدمة الخاص بك أو مسؤول التدخل المبكر، أو التواصل مع مكتب التدخل المبكر لدى إدارة الصحة بولاية نيويورك عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني على 518-473-7016 أو [beipub@health.ny.gov](mailto:beipub@health.ny.gov)

إدارة الصحة في ولاية نيويورك  
مكتب التدخل المبكر

معلومات التأمين الخاصة بالطفل

اسم الطفل/ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ نوع الطفل: ذكر  أنثى   
المعلومات التأمينية الأساسية:

اسم خطة/شركة التأمين: \_\_\_\_\_  
عنوان فواتير شركة التأمين: \_\_\_\_\_  
المعرف (ID)/البوليصة: \_\_\_\_\_  
معرف عضوية الطفل (إن كان مختلفًا): \_\_\_\_\_  
رقم المجموعة: \_\_\_\_\_

اسم حامل بوليصة التأمين: \_\_\_\_\_ نوع حامل البوليصة: ذكر  أنثى   
تاريخ ميلاد حامل البوليصة: \_\_\_\_\_  
عنوان حامل البوليصة: \_\_\_\_\_  
رقم هاتف حامل البوليصة: \_\_\_\_\_  
علاقة حامل البوليصة بالطفل: \_\_\_\_\_

تأمين آخر (إن وُجد):

اسم خطة/شركة التأمين: \_\_\_\_\_  
عنوان فواتير شركة التأمين: \_\_\_\_\_  
رقم المعرف/البوليصة: \_\_\_\_\_  
معرف عضوية الطفل (إن كان مختلفًا): \_\_\_\_\_  
رقم المجموعة: \_\_\_\_\_

اسم حامل بوليصة التأمين: \_\_\_\_\_ نوع حامل البوليصة: ذكر  أنثى   
تاريخ ميلاد حامل البوليصة: \_\_\_\_\_  
عنوان حامل البوليصة: \_\_\_\_\_  
رقم هاتف حامل البوليصة: \_\_\_\_\_  
علاقة حامل البوليصة بالطفل: \_\_\_\_\_

رقم تعريف العميل (CIN) لدى Medicaid (إن انطبق): \_\_\_\_\_  
(حرفان، 5 أرقام، حرف واحد)

التاريخ

توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني

إن توقيع ولي الأمر يؤكد صحة معلومات التأمين الموجودة في الملف.	
مراجعة معلومات التأمين : التاريخ	لا توجد تغييرات
مراجعة معلومات التأمين : التاريخ	لا توجد تغييرات
مراجعة معلومات التأمين : التاريخ	لا توجد تغييرات
مراجعة معلومات التأمين : التاريخ	لا توجد تغييرات
مراجعة معلومات التأمين : التاريخ	لا توجد تغييرات
مراجعة معلومات التأمين : التاريخ	لا توجد تغييرات

إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين (إن وجد)

اسم الطفل: \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد الطفل: \_\_\_\_\_

أقر أنا \_\_\_\_\_ (يُرجى كتابة الاسم واضحة) ولي أمر/الوصي القانوني على الطفل الوارد اسمه أعلاه، بأن هذا الطفل - اعتبارًا من تاريخ اليوم - لا يتمتع بأي تغطية تأمين صحي. وأدرك أنه يتعين على منسق خدمات برنامج التدخل المبكر المكلف أن يساعدي في تحديد وتقديم طلب للحصول على التأمين الصحي الذي قد يكون هذا الطفل مؤهلاً للحصول عليه. وأدرك أيضًا أن هذا الطفل غير ملزم بالحصول على تأمين صحي من أجل تقديم خدمات برنامج التدخل المبكر.

التاريخ

توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني

إدارة الصحة في ولاية نيويورك  
مكتب التدخل المبكر

تعليمات نموذج معلومات التأمين الخاصة بالطفل

معلومات التأمين الخاصة بالطفل:

في ولاية نيويورك، يجب تقديم خدمات التدخل المبكر دون احتساب أي تكلفة على العائلات. ومع ذلك، يشتمل نظام مدفوعات برنامج التدخل المبكر (EIP) بولاية نيويورك على استخدام التأمين العام (مثل Medicaid و Child Health Plus) والتأمين الخاص (مثل Empire Plan و CDPHP وغيرها) لسداد تكاليف خدمات التدخل المبكر. بموجب قانون الصحة العامة (PHL) بولاية نيويورك، يتعين على منسق الخدمات الخاص بك أن يجمع المعلومات والمستندات المتعلقة بالتغطية التأمينية لطفلك، ويتعين عليك تقديمها، بما يتضمن التأمين العام والخاص. تتضمن هذه المعلومات: نوع بوليصة التأمين أو خطة المخصصات الصحية، واسم شركة التأمين أو مدير الخطة، ورقم تعريف البوليصة أو الخطة، ونوع التغطية في البوليصة وأي معلومات أخرى مطلوبة لتحرير الفواتير للتأمين الخاص بك. يتعين على منسق الخدمة الخاص بك أن يشرح حقوقك ومسؤولياتك، والحماية التي يوفرها القانون لعائلتك. إكمال هذا النموذج:

- يمكن لمنسق الخدمة الخاص بك مساعدتك في إكمال هذا النموذج.
- يُرجى التأكد من ملء النموذج بالكامل وبدقة.
- إذا كان طفلك يحمل بوليصتي تأمين صحي أو أكثر، فيجب عليك تقديم معلومات عن كل بوليصة. (الأمثلة أدناه)
  - إذا كان طفلك يحمل بوليصتي تأمين خاص مختلفتين، فستقوم بتضمين معلومات حول كلتا البوليصتين.
  - إذا كان طفلك خاضعاً لبرنامج Medicaid أو لتأمين خاص، فستقوم بتضمين معرف الطفل (CIN) لدى Medicaid ومعلومات التأمين الخاص.
  - إذا كان طفلك يخضع لبرنامج الرعاية المدارة لدى Medicaid، فسيتم توثيق كل من معرف الطفل (CIN) لدى Medicaid ومعلومات شركة تأمين الرعاية المدارة لدى Medicaid في قسم معلومات التأمين.
  - إذا كان طفلك خاضعاً لبرنامج الرعاية المدارة لدى Medicaid أو لبوليصة تأمين خاص، فستقوم بتضمين معرف الطفل (CIN) لدى Medicaid ومعلومات شركة تأمين الرعاية المدارة لدى Medicaid ومعلومات بوليصة التأمين الخاص.
- يتعين على منسق الخدمة الخاص بك مراجعة معلومات التأمين الخاصة بطفلك معك مرة واحدة على الأقل كل ثلاثة أشهر. في حالة تغيير تأمينك، فستحتاج إلى إكمال نموذج جديد.
- يُرجى إبلاغ منسق الخدمة الخاص بك على الفور إذا تغيرت التغطية التأمينية لطفلك.

إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين (إن كان هذا منطبقاً):

- يتعين عليك إكمال هذا الإقرار والتوقيع عليه إذا كان طفلك لا يتمتع بتغطية تأمين صحي.
- يجب التوقيع على إقرار جديد في كل اجتماع/مراجعة لخطة خدمة الأسرة الفردية (IFSP) (إلا في حالة حصول الطفل على تغطية تأمينية).
- إذا لم يكن لدى طفلك تأمين، فسيستمر تقديم خدمات برنامج EIP دون أي تكلفة عليك.
- لا يتعين أن يكون لدى طفلك تأمين صحي من أجل الحصول على خدمات EIP؛ ولكن مع ذلك، يتعين على منسق الخدمة الخاص بك مساعدتك في تحديد التأمين الصحي الذي قد يكون طفلك مؤهلاً له والتقدم بطلب للحصول عليه.

يُرجى التواصل مع منسق الخدمة الخاص بك إذا كانت لديك أية أسئلة أثناء إكمال هذا النموذج.

إدارة الصحة في ولاية نيويورك  
مكتب التدخل المبكرتفويض بالإفصاح عن معلومات التأمين الصحي  
بموجب القسم (d)(3) 2559 بقانون الصحة العامة بولاية نيويورك  
والقسم (c) 3235-a من قانون التأمين

اسم (الطفل) المؤمن عليه:	تاريخ الميلاد:
اسم ولي الأمر/الوصي القانوني:	تاريخ الميلاد:
اسم شركة التأمين:	نوع/اسم خطة التأمين:
عنوان/شركة التأمين:	رقم هاتف شركة التأمين:
عنوان واسم حامل بوليصة التأمين:	المعرف/البوليصة: معرف عضوية الطفل: المجموعة (إن وجد):
اسم منسق الخدمة:	وكالة منسق الخدمة:
عنوان منسق الخدمة:	رقم هاتف منسق الخدمة:
البلدية:	تاريخ الإرسال إلى شركة التأمين:

أطلب وأصرح بالإفصاح عن معلومات تغطية التأمين الصحي للشخص المؤمن عليه الوارد اسمه أعلاه إلى منسق خدمة التدخل المبكر لطفلي وعائلتي، ومقدمي الخدمات، والبلدية التي تدير برنامج التدخل المبكر المحلي، وإدارة الصحة بولاية نيويورك، و/أو وكيلها المالي للتدخل المبكر.

أصرح بتبادل المعلومات بين هذه الأطراف وشركة التأمين المذكورة أعلاه لأغراض تسهيل المطالبة والمساعدة في الفصل في المطالبات المتعلقة بالخدمات المقدمة بموجب برنامج التدخل المبكر:

كما أوافق وأفوض مقدمي الخدمات الذين يقدمون المطالبات إلى شركة التأمين المشار إليها أعلاه لتقديم هذه المعلومات حسب ما تطلبه شركة التأمين، من أجل تسهيل المطالبات ودفع تكاليف الخدمات المقدمة بموجب برنامج التدخل المبكر.

ينطبق هذا الطلب فقط على تغطية التأمين الصحي بموجب حزمة المخصصات أو الخطة أو البوليصة التي يحملها المؤمن عليه لأغراض تسهيل سداد شركة التأمين لتكاليف الخدمات المقدمة بموجب برنامج التدخل المبكر.

توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني: \_\_\_\_\_

تاريخ التوقيع: \_\_\_\_\_