

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК  
(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)  
БЮРО РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
(BUREAU OF EARLY INTERVENTION)

**УВЕДОМЛЕНИЕ РОДИТЕЛЯ О СТРАХОВАНИИ**

В штате Нью-Йорк услуги раннего вмешательства должны предоставляться семьям бесплатно. Однако система платежей штата Нью-Йорк за Программу раннего вмешательства (Early Intervention Program, EIP) предусматривает использование государственного страхования (например, Medicaid и Child Health Plus) и частного страхования (например, CDPHP, UHC и др.) для возмещения расходов, связанных с услугами раннего вмешательства. Эти важные источники финансирования помогают обеспечить доступность услуг раннего вмешательства для будущих поколений.

Согласно Закону о здравоохранении (Public Health Law, PHL), поставщики услуг раннего вмешательства обязаны выставлять счета государственным и частным страховщикам для покрытия таких услуг, прежде чем выставлять счета муниципальному органу. Частному страховщику будет выставлен счет только в том случае, если ваш страховой полис подпадает под действие законодательства штата Нью-Йорк (регулируется им). Нерегулируемые страховые полисы не могут покрывать стоимость услуг EIP.

**Medicaid и частное страхование**

Если у вашей семьи имеются и частная, и государственная (Medicaid) страховки, счета на оплату услуг раннего вмешательства сначала будут выставляться вашему частному страховщику. Государственному страховщику (Medicaid) будут выставляться счета только на непогашенный остаток суммы. Если страховой полис вашего ребенка регулируется Законом о страховании штата Нью-Йорк (State Insurance Law, SIL), счет на оплату услуг раннего вмешательства будет выставлен программе страхования ребенка.

**Сбор данных о страховании и номерах социального обеспечения**

Согласно Закону о здравоохранении штата Нью-Йорк:

- Вы должны предоставить координатору услуг информацию и документацию о страховке вашего ребенка, независимо от того, является она государственной или частной. Такая информация включает следующее: тип страхового полиса или программы медицинского страхования, наименование страховщика или администратора программы, идентификационный номер полиса или участника программы, тип покрытия и любые другие сведения, необходимые для выставления счетов вашей страховой компании. Ваш координатор услуг объяснит вам ваши права и обязанности, а также расскажет о средствах правовой защиты, предусмотренных законом для семей. [PHL § 2543(3); PHL § 2559(3)(a)(i)]
- Вы должны предоставить специалисту по услугам раннего вмешательства свой номер социального обеспечения и номер социального обеспечения вашего ребенка. Эта информация будет храниться в надежном месте с соблюдением всех требований конфиденциальности. [PHL § 2552(2)]

## **Страховые полисы, регулируемые штатом Нью-Йорк**

Следующие гарантии предусмотрены Законом о здравоохранении (PHL) и Законом о страховании (SIL) штата Нью-Йорк для программ страхования, регулируемых штатом Нью-Йорк, когда для оплаты услуг раннего вмешательства используются государственная и частная страховки.

1. **Услуги раннего вмешательства, в которых нуждается ребенок, будут предоставлены вашей семье бесплатно.** Вас не могут просить оплатить собственными средствами какие-либо расходы, в частности франшизы или доплаты, на любые услуги, которые ваш ребенок и ваша семья получают в рамках программы EIP. Специалист по услугам раннего вмешательства организует покрытие всех доплат и франшиз. [PHL § 2557(1); PHL § 2559(3)(b)]
2. **Страховщикам запрещено засчитывать оплату за услуги раннего вмешательства в счет сумм максимального покрытия по годовому или пожизненному полису страхования (т. е. «лимитов»).** Это означает, что ни один платеж, совершаемый вашей страховой компанией за услуги раннего вмешательства, не уменьшит общее страховое покрытие вашей семьи. [PHL § 2559(3)(c); SIL § 3235-a(b)]
3. **Страховщикам запрещено взимать плату за любые услуги раннего вмешательства, оплачиваемые в соответствии с лимитами посещений по вашему полису.** Это означает, что возмещение страховщиком стоимости приемов у специалиста по раннему вмешательству не может уменьшить количество приемов у врачей, которые в остальных случаях доступны вашему ребенку и семье в части медицинского обслуживания. [SIL § 3235-a(b)]
4. **Услуги раннего вмешательства, доступные вашему ребенку и вашей семье, не будут ограничиваться вашим страховым покрытием.** Специалист по услугам раннего вмешательства должен убедиться, что вашему ребенку предоставляются все соответствующие услуги раннего вмешательства, даже если ваша страховка не покрывает их или если у вас нет страховки. [PHL § 2552(1)]
5. **Компания, предоставляющая вам медицинскую страховку, не может прекратить или не продлить** страховое покрытие только потому, что ваш ребенок получает услуги в рамках EIP. [SIL § 3235-a(d)]
6. **Компания, предоставляющая вам медицинскую страховку, не может повысить ваши страховые взносы** только потому, что ваш ребенок и ваша семья получают услуги в рамках EIP.
7. **Право вашего ребенка на участие в альтернативных программах обслуживания на дому или по месту жительства не будет зависеть от** использования государственной медицинской страховки (т. е. Medicaid) для оплаты услуг раннего вмешательства. Получение услуг раннего вмешательства не лишает вас возможности участвовать в альтернативной программе для детей согласно § 1915(c) Children's Waiver Program от Medicaid.
8. **Услуги раннего вмешательства, предусмотренные вашим Индивидуальным планом обслуживания семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP), должны предоставляться, даже если у вас нет частной или государственной страховки.** От вас не могут требовать оформить медицинскую страховку для участия в программе EIP, однако координатор услуг может помочь вам с выбором страховщика и подачей заявления на государственное страхование, если вы пожелаете. [PHL § 2552(1); PHL § 2559(1)]

**Страховые полисы, не регулируемые штатом Нью-Йорк, не могут покрывать стоимость услуг EIP**  
**Если ваша страховая программа не регулируется штатом Нью-Йорк, на нее не будут распространяться гарантии, предусмотренные Законом о страховании и Законом о здравоохранении штата Нью-Йорк. В таком случае:**

1. Страховщику не может быть запрещено засчитывать услуги раннего вмешательства в годовые или пожизненные денежные лимиты по полисам, а также сокращать количество приемов у врачей, которые в противном случае были бы доступны.
2. Страховщику не может быть запрещено расторгать или не продлевать ваш договор медицинского страхования только потому, что ваш ребенок получает услуги EIP.
3. Страховщику не может быть запрещено повышать ваши страховые взносы только потому, что ваш ребенок получает услуги EIP.

**Суброгация**

Закон о здравоохранении штата Нью-Йорк предоставляет муниципалитету и поставщикам услуг право суброгации для получения возмещения в соответствии с вашим полисом, если муниципалитет оплачивал услуги раннего вмешательства или если поставщик предоставлял услуги, покрываемые вашим полисом. [PHL § 2559(3)(d); SIL § 3235-a(c)] Это означает, что любой платеж за услуги раннего вмешательства, совершаемый частным страховщиком, должен направляться непосредственно поставщику услуг раннего вмешательства. Если вы по ошибке получите платеж, обратитесь за указаниями и помощью к своему (-им) поставщику (-ам) услуг и (или) к координатору услуг. Поставщик услуг раннего вмешательства, предоставленных вашему ребенку и семье, обязательно должен получить оплату за свою работу.

**Процессуальные права**

Родители имеют право на доступ к предусмотренным законом процедурам для урегулирования разногласий или жалоб в отношении услуг раннего вмешательства, получаемых их ребенком. Процессуальные права включают право на посредничество, право ходатайствовать о проведении слушания с соблюдением надлежащей правовой процедуры и (или) право подать жалобу в учреждение штата. Все эти варианты носят добровольный характер и предоставляются родителям бесплатно. [34 CFR § 303.431, § 303.436, § 303.441, § 303.434; PHL § 2549; 10 NYCRR Раздел 69-4.17]

- **Посредничество** — это процесс, проводимый специально подготовленным посредником из Общественного центра по урегулированию споров (Community Dispute Resolution Center), который помогает родителям и специалистам по услугам раннего вмешательства достичь соглашения касательно услуг раннего вмешательства.
- **Беспристрастные слушания** проводятся должностными лицами, руководящими разбирательством (судьями по административным делам, которых назначает руководитель Департамента здравоохранения или его уполномоченный представитель), с целью разрешения споров между родителями и специалистами по услугам раннего вмешательства. Если эксперт, проводящий освидетельствование, решит, что ребенок не имеет права на пользование услугами, родители могут подать запрос о проведении беспристрастного слушания в течение 6 месяцев с даты заключения о несоответствии ребенка требованиям.
- **Жалоба в систему штата** может быть подана, если родители решат, что их специалист по услугам раннего вмешательства, координатор услуг, проводящий освидетельствование эксперт или поставщик услуг не соблюдают законы и нормативные требования при выполнении своей работы. Жалоба должна быть подана в письменной форме директору Бюро раннего вмешательства при Департаменте здравоохранения штата Нью-Йорк в течение менее одного года с даты совершения предполагаемого нарушения.

Если у вас возникли вопросы, касающиеся информации в данном уведомлении, обратитесь к своему координатору услуг или специалисту по услугам раннего вмешательства. Кроме того, вы можете обратиться в Бюро раннего вмешательства при Департаменте здравоохранения штата Нью-Йорк, позвонив по номеру 518-473-7016 или отправив письмо на электронный адрес [beipub@health.ny.gov](mailto:beipub@health.ny.gov).

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК  
(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)  
БЮРО РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (BUREAU OF EARLY INTERVENTION)

## ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ИНФОРМАЦИИ О СТРАХОВАНИИ РЕБЕНКА

### Информация о страховании ребенка

В штате Нью-Йорк услуги раннего вмешательства должны предоставляться семьям бесплатно. Однако система платежей штата Нью-Йорк за Программу раннего вмешательства (Early Intervention Program, EIP) предусматривает использование государственного страхования (например, Medicaid и Child Health Plus) и частного страхования (например, CDPHP, Empire Plan и др.) для возмещения расходов, связанных с услугами раннего вмешательства. Согласно Закону о здравоохранении (Public Health Law, PHL) штата Нью-Йорк, вы должны предоставить координатору услуг информацию и документацию о страховке вашего ребенка, независимо от того, является она государственной или частной. Такая информация включает следующее: тип страхового полиса или программы медицинского страхования, наименование страховщика или администратора программы, идентификационный номер полиса или участника программы, тип покрытия и любые другие сведения, необходимые для выставления счетов вашей страховой компании. Ваш координатор услуг должен объяснить вам ваши права и обязанности, а также рассказать о правовых гарантиях, предусмотренных законом для защиты вашей семьи.

### Порядок заполнения формы

- Ваш координатор услуг может помочь вам заполнить эту форму.
- Все данные в форме должны быть полными и достоверными.
- Если у вашего ребенка есть несколько полисов медицинского страхования, вы должны предоставить информацию о каждом из них. (См. примеры ниже)
  - Если у ребенка имеется два страховых полиса от частных компаний, необходимо указать информацию об обоих.
  - Если у ребенка имеется страховка Medicaid и частная страховка, необходимо указать идентификационный номер ребенка (CIN) в системе Medicaid и информацию о частной страховке.
  - Если у ребенка имеется страховка программы координированного медицинского обслуживания Medicaid (Medicaid Managed Care), необходимо указать идентификационный номер ребенка (CIN) в системе Medicaid и данные страховой компании, предоставляющей услуги координированного медицинского обслуживания Medicaid.
  - Если у ребенка имеется страховка программы координированного медицинского обслуживания Medicaid и частная страховка, необходимо указать идентификационный номер ребенка (CIN) в системе Medicaid, данные страховой компании, предоставляющей услуги координированного медицинского обслуживания Medicaid, и информацию о частной страховке.
- Координатор услуг должен проверять информацию о страховании вашего ребенка не реже чем раз в квартал. В случае изменений в страховании вам нужно будет заполнить новую форму.
- Если страховое покрытие вашего ребенка изменится, немедленно сообщите об этом своему координатору услуг.

### **Заявление родителя об отсутствии страховки (если применимо)**

- Вы должны заполнить и подписать это формальное подтверждение, если у вашего ребенка нет медицинской страховки.
- Новое заявление должно быть подписано на каждой встрече по поводу или при каждом пересмотре Индивидуального плана обслуживания семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP) (кроме случаев, когда для ребенка было оформлено страховое покрытие).
- Если у вашего ребенка нет страховки, услуги EIP по-прежнему будут предоставляться вам бесплатно.
- Ребенок не обязан иметь медицинскую страховку для получения услуг EIP, но координатор услуг должен помочь вам подобрать подходящую программу медицинского страхования, критериям которой соответствует ребенок, и подать заявление.

Если во время заполнения этой формы у вас возникнут вопросы, обратитесь к своему координатору услуг.

Идент. номер  
ребенка в NYEIS:

Страховка  
Компонент 4 комплекта  
Форма В

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК  
(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)  
БЮРО РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (BUREAU OF EARLY INTERVENTION)

**ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ РЕБЕНКА**

Имя и фамилия ребенка / дата рождения: \_\_\_\_\_ Пол ребенка: мужской  женский

**Сведения об основной страховке**

Страховая компания / программа страхования: \_\_\_\_\_

Адрес страховой компании для выставления счетов: \_\_\_\_\_

Номер полиса / идентификационный номер: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер ребенка как участника страхования (если отличается): \_\_\_\_\_

Номер группы: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия страхователя: \_\_\_\_\_ Пол страхователя: мужской  женский

Дата рождения страхователя: \_\_\_\_\_

Адрес страхователя: \_\_\_\_\_

Номер телефона страхователя: \_\_\_\_\_

Кем страхователь приходится ребенку: \_\_\_\_\_

**Другие страховки (при наличии)**

Страховая компания / программа страхования: \_\_\_\_\_

Адрес страховой компании для выставления счетов: \_\_\_\_\_

Номер полиса / идентификационный номер: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер ребенка как участника страхования (если отличается): \_\_\_\_\_

Номер группы: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия страхователя: \_\_\_\_\_ Пол страхователя: мужской  женский

Дата рождения страхователя: \_\_\_\_\_

Адрес страхователя: \_\_\_\_\_

Номер телефона страхователя: \_\_\_\_\_

Кем страхователь приходится ребенку: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер клиента (CIN) Medicaid (если применимо): \_\_\_\_\_  
(2 буквы, 5 цифр, 1 буква)

Подпись родителя / законного опекуна

Дата

**Подпись родителя подтверждает правильность указанной здесь информации о страховании.**

Пересмотр информации о страховании: дата \_\_\_\_\_ без изменений \_\_\_\_\_ подпись родителя \_\_\_\_\_

Пересмотр информации о страховании: дата \_\_\_\_\_ без изменений \_\_\_\_\_ подпись родителя \_\_\_\_\_

Пересмотр информации о страховании: дата \_\_\_\_\_ без изменений \_\_\_\_\_ подпись родителя \_\_\_\_\_

Пересмотр информации о страховании: дата \_\_\_\_\_ без изменений \_\_\_\_\_ подпись родителя \_\_\_\_\_

Пересмотр информации о страховании: дата \_\_\_\_\_ без изменений \_\_\_\_\_ подпись родителя \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ РОДИТЕЛЯ ОБ ОТСУТСТВИИ СТРАХОВКИ (если применимо)**

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

Я, \_\_\_\_\_ (имя и фамилия печатными буквами), являясь родителем и (или) законным опекуном указанного выше ребенка, подтверждаю, что на сегодняшний день у этого ребенка нет полиса медицинского страхования. Я понимаю, что назначенный координатор услуг Программы раннего вмешательства должен помочь мне найти программу медицинского страхования, критериям которой может соответствовать ребенок, и подать заявление на участие в ней. Также я понимаю, что ребенку не обязательно иметь медицинскую страховку, чтобы пользоваться услугами Программы раннего вмешательства.

Подпись родителя / законного опекуна

Дата

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК  
(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)  
БЮРО РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (BUREAU OF EARLY INTERVENTION)

**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ**

Согласно Разделу 2559(3)(d) Закона о здравоохранении (Public Health Law) и  
Разделу 3235-a(c) Закона о страховании (Insurance Law) штата Нью-Йорк

Имя и фамилия застрахованного ребенка:	Дата рождения:
Имя и фамилия родителя / законного опекуна:	Дата рождения:
Название страховой компании:	Название / тип программы страхования:
Адрес страховой компании:	Номер телефона страховой компании:
Имя, фамилия и адрес страхователя:	Номер полиса / идентификационный номер: Идентификационный номер ребенка как участника страхования: Номер группы (если применимо):
Имя и фамилия координатора услуг:	Учреждение координатора услуг:
Адрес координатора услуг:	Номер телефона координатора услуг:
Муниципальный орган:	Дата отправки страховщику:

Я прошу и разрешаю раскрывать информацию о медицинском страховании указанного выше лица координатору услуг Программы раннего вмешательства (Early Intervention Program), работающему с моим ребенком и моей семьей, поставщику (-ам) услуг, муниципальному органу, управляющему местной Программой раннего вмешательства, Департаменту здравоохранения штата Нью-Йорк и (или) его фискальному агенту по вопросам Программы раннего вмешательства.

Я разрешаю обмен информацией между этими сторонами и указанным выше страховщиком в целях облегчения подачи страховых требований и оказания помощи в их рассмотрении в отношении услуг, оказываемых в рамках Программы раннего вмешательства.

Я также даю согласие и уполномочиваю поставщиков медицинских услуг, подающих страховые требования вышеупомянутому страховщику, предоставлять информацию, которая может потребоваться страховщику для обработки заявок и оплаты услуг, оказанных в рамках Программы раннего вмешательства.

Настоящий запрос распространяется только на полисы, программы и пакеты медицинского страхования указанного выше застрахованного лица, если предоставление информации необходимо для оплаты страховщиком услуг, оказанных в рамках Программы раннего вмешательства.

Подпись родителя / законного опекуна: \_\_\_\_\_

Дата подписания: \_\_\_\_\_