

纽约州卫生署 (NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)
早期干预局 (BUREAU OF EARLY INTERVENTION)

关于保险的家长通知

在纽约州，早期干预 (Early Intervention, EI) 服务须免费向家庭提供。但是，纽约州早期干预计划 (Early Intervention Program, EIP) 的支付系统同时包含公共保险（例如 Medicaid 和 Child Health Plus）和私人保险（例如 CDPHP、UHC 以及其他），用以报销早期干预服务的费用。这些重要的资金来源有助于确保为后代提供早期干预服务。

根据《公共卫生法》(Public Health Law) 之规定，早期干预服务提供者必须先向公共和私人保险开具早期干预服务账单，然后再提交账单给市政当局进行支付。仅当您的保险符合纽约州法律（受其监管）时，才会向私人保险收费。非规定保险不应为早期干预计划服务付费。

Medicaid 和私人保险：

如果您的家庭同时参保了私人保险和公共保险 (Medicaid)，将首先向您的私人保险收取早期干预服务费用，而余下部分则向公共保险 (Medicaid) 收费。如果您子女的保险符合《纽约州保险法》(New York State Insurance Law)，则您子女的保险计划将为早期干预服务付费。

收集保险和社会安全号码：

根据《纽约州公共卫生法》(PHL) 之规定：

- 您的服务协调员必须收集且您必须提供有关您子女的保险（包括公共和私人保险）信息及相关文件。此类信息包括：保单或健康福利计划的类型、保险公司名称或计划管理员姓名、保单或计划识别号码、保单的保险类型，以及收取保费所需的任何其他信息。您的服务协调员将向您解释您的权利及责任，以及法律规定的对您家庭的保护。[PHL§2543(3); PHL§2559(3)(a)(i)]
- 您的早期干预行政人员必须收集且您必须提供您及子女的社会安全号码。此类信息均会予以安全保密。[PHL§2552(2)]

受纽约州监管的保险：

根据《纽约州公共卫生法》(PHL) 和《纽约州保险法》(State Insurance Law, SIL) 之规定，如果使用公共和私人保险支付早期干预服务费用，则将会对受纽约州监管的保险计划给予以下保护。

1. 您子女所需的早期干预服务将免费向您的家庭提供。不得要求您为您的子女及家庭所接受的早期干预计划 (EIP) 服务支付任何自付费用，例如免赔额或共付额。早期干预行政人员 (Early Intervention Official, EIO) 将安排相关方支付所有的共付额和免赔额。
[PHL§2557(1); PHL§2559(3)(b)]
2. 禁止保险公司从任何最高年度或终身保险给付限额中扣除福利付费的早期干预服务费用。这意味着您的保险公司为早期干预服务支付的任何费用均不会减少您家庭的总保险额。
[PHL§2559(3)(c); SIL§3 235-a(b)]
3. 禁止保险公司从您保单的服务就诊次数限额中扣除任何付费的早期干预服务。也就是说，由保险公司支付的早期干预服务次数不会减少您子女和家庭可享受的健康服务就诊次数。
[SIL§3 235-a(b)]
4. 为您子女及家庭提供的早期干预服务将不限于您的保险所承保的服务。您的早期干预行政人员必须确保向您的子女提供适当的早期干预服务，即使您的保险未承保此类服务或您未参保任何保险。[PHL§2552(1)]
5. 您的健康保险公司不能仅因为您的子女正通过早期干预计划接受服务而**中断保险或拒绝续保**。[SIL§3 235-a(d)]
6. 您的健康保险公司不能仅因为您的子女及家庭正通过早期干预计划接受服务而**增加您的健康保险保费**。
7. 使用公共健康保险（即 **Medicaid**）支付早期干预服务费用不会影响您子女参加家庭和社区豁免计划的资格。接受早期干预服务并不会阻碍您参加 Medicaid 1915(c) 儿童豁免计划 (Children's Waiver Program)。
8. 即使您未投保私人或公共保险，亦必须向您提供个性化家庭服务计划 (**Individualized Family Service Plan, IFSP**) 中所包含的早期干预服务。虽然您的服务协调员可以协助您转介和申请公共福利（如您选择），但不得要求您以投保健康保险作为参加早期干预计划的条件。[PHL§2552(1); PHL§2559(1)]

不受纽约州监管的保险不应为早期干预计划服务付费：

如果您的保险计划不受纽约州监管，则《纽约州保险法》或《纽约州公共卫生法》中所规定的保护将不适用于您的保险计划。在此情况下：

1. 您的保险公司可能不被禁止从保单终身或年度费用额度中扣除早期干预服务费用，或从可用访问次数中扣除早期干预就诊次数。
2. 您的保险公司可能不被禁止由于您子女正接受早期干预计划服务而中断保险或拒绝续保。
3. 您的保险公司可能不被禁止由于您的子女正接受早期干预计划服务而增加您的保费。

代位求偿：

根据《纽约州公共卫生法》，市政当局和服务提供者有权依照您的保单进行赔付“代位求偿”，前提是市政当局支付了早期干预服务费用或服务提供者提供了您保单包含的服务。[PHL§2559(3)(d); SIL§3 235-a(c)] 这意味着由私人保险支付的任何早期干预服务费用必须直接支付给早期干预服务提供者。如果您的付款有误，请与您的早期干预服务提供者和/或服务协调员联系，寻求指导和帮助。请务必确保您的子女和家庭所接受的早期干预服务费用由您的提供者支付。

正当程序权利：

家长有权诉诸正当程序解决有关其子女早期干预服务的异议或投诉。此类正当程序权利包括调解、寻求正当程序的听证会和/或提出州系统申诉的机会。所有选择均为自愿，家长无需支付任何费用。[34 CFR §303.431、§303.436、§303.441、§303.434； PHL §2549； 10 NYCRR Section 69-4.17]

- **调解**是由社区纠纷解决中心 (Community Dispute Resolution Center) 的训练有素的调解员执行的过程，该调解员可协助家长和早期干预行政人员就早期干预服务达成协议。
- **公正听证会**由听证官（由卫生署署长或指定人员指派的行政法官）主持举行，亦用于解决家长及早期干预行政人员之间的纠纷。如果评估人员发现其子女没有资格接受服务，家长可要求举行公正听证会，只要在评估人员发现该子女不符合相关资格的 6 个月内提出要求即可。
- 如果家长认为其早期干预行政人员、服务协调员、评估人员或服务提供者未根据法律、法规或条例履行其职责，可提出**系统申诉**。该投诉需在所指称的违规行为发生当日起一年内，以书面方式提交给纽约州卫生署早期干预局局长。

如对本通知信息有任何疑问，请咨询您的服务协调员或早期干预行政人员，或者致电 518-473-7016 或发送电子邮件至 beipub@health.ny.gov 与纽约州卫生署早期干预局联系。

纽约州卫生署早期干预局

儿童保险信息填表说明

儿童保险信息：

在纽约州，早期干预服务必须免费向家庭提供。但是，纽约州早期干预计划 (Early Intervention Program, EIP) 的支付系统同时包含公共保险（例如 Medicaid 和 Child Health Plus）和私人保险（例如 CDPHP、Empire Plan 以及其他），用以报销早期干预服务的费用。根据《纽约州公共卫生法》(Public Health Law, PHL) 的规定，您的服务协调员必须收集且您本人必须提供有关您子女的保险（包括公共和私人保险）的信息及相关文件。此类信息包括：保单或健康福利计划的类型、保险公司名称或计划管理员姓名、保单或计划识别号码、保单的保险类型，以及收取保费所需的任何其他信息。您的服务协调员必须向您解释您的权利及责任，以及法律规定的对您家庭的保护。

填写此表格：

- 您的服务协调员可以协助您填写此表格。
- 请务必完整、准确填写。
- 如果您的子女已参保两份或以上的健康保险，则您必须就每份保险提供相关信息。（示例如下）
 - 如果您的子女已参保两种不同的私人保险，则您要提供两种保险的相关信息。
 - 如果您的子女已参保 Medicaid 和私人保险，则您要提供 Medicaid 儿童识别号码 (Child Identification Number, CIN) 和私人保险信息。
 - 如果您的子女已参保 Medicaid Managed Care，则须将 Medicaid 儿童识别号码 (CIN) 和 Medicaid Managed Care 保险公司信息记录在保险信息部分。
 - 如果您的子女已参保 Medicaid Managed Care 和私人保险，则您要提供 Medicaid 儿童识别号码 (CIN)、Medicaid Managed Care 保险公司信息和私人保险信息。
- 您的服务协调员必须与您一起审查您子女的保险信息，至少每季度一次。如果您的保险发生变更，则需填写新的表格。
- 如果您子女的保险范围发生变更，请立即通知您的服务协调员。

无保险家长证明（如适用）：

- 如果您的子女未参保任何健康保险，则您必须填写并签署本证明。
- 每次执行个性化家庭服务计划 (Individualized Family Service Plan, IFSP) 会议/审查时，必须签署一份新的证明（除非您的子女已参保保险）。
- 如果您的子女未参保任何保险，仍将免费为您提供 EIP 服务。
- 您的子女无需参加健康保险，即可接受 EIP 服务；但是，您的服务协调员须协助您确定并申请您子女可能符合资格的健康保险。

如果您在填写本表时有任何疑问，请联系您的服务协调员。

纽约州卫生署 (NEW YORK STATE DEPARTMENT OF
HEALTH) 早期干预局 (BUREAU OF EARLY INTERVENTION)

儿童保险信息

儿童姓名/出生日期: _____ 儿童性别: 男 女

主要保险信息:

保险公司/计划名称: _____

保险公司账单地址: _____

保单/识别 (ID) 号码: _____

儿童会员 ID (如果不同): _____

团体编号: _____

投保人姓名: _____ 投保人性别: 男 女

投保人出生日期: _____

投保人地址: _____

投保人电话号码: _____

投保人与儿童的关系: _____

其他保险 (如适用):

保险公司/计划名称: _____

保险公司账单地址: _____

保单/ID 号码: _____

儿童会员 ID (如果不同): _____

团体编号: _____

投保人姓名: _____ 投保人性别: 男 女

投保人出生日期: _____

投保人地址: _____

投保人电话号码: _____

投保人与儿童的关系: _____

Medicaid 客户识别号码 (Client Identification Number, CIN) (如适用): _____
(2 个字母, 5 个数字, 1 个字母)

父母/法定监护人签名

日期

家长签名确认备案保险信息无误。

保险信息审查: 日期 _____	无变更 _____	家长签名 _____
保险信息审查: 日期 _____	无变更 _____	家长签名 _____
保险信息审查: 日期 _____	无变更 _____	家长签名 _____
保险信息审查: 日期 _____	无变更 _____	家长签名 _____
保险信息审查: 日期 _____	无变更 _____	家长签名 _____

无保险家长证明 (如适用)

儿童姓名: _____ 儿童出生日期: _____

本人 _____ (请用正楷填写姓名) 系上述儿童的父母和/或法定监护人; 本人证明, 截至今天, 本人子女未参保任何健康保险。本人了解, 指定的早期干预计划服务协调员须协助本人确定及申请本人子女可能符合资格的健康保险。本人亦了解, 本人子女无需参保健康保险, 即可接受早期干预计划服务。

父母/法定监护人签名

日期

纽约州卫生署 (NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)
早期干预局 (BUREAU OF EARLY INTERVENTION)

健康保险信息披露授权

根据《纽约州公共卫生法》(NYS Public Health Law) 第 2559(3)(d) 条和
《保险法》(Insurance Law) 第 3235-a(c) 条之规定

参保人 (儿童) 姓名:	出生日期:
父母/法定监护人姓名:	出生日期:
保险公司名称:	保险计划名称/类型:
保险公司地址:	保险公司电话号码:
投保人姓名及地址:	保单/ID 号码: 儿童会员 ID 号码: 团体编号 (如适用):
服务协调员姓名:	服务协调员所属机构:
服务协调员地址:	服务协调员电话号码:
市政当局:	送达保险公司的日期:

本人要求并授权向本人子女和家庭的早期干预服务协调员、提供者、管理地方早期干预计划 (Early Intervention Program) 的市政当局、纽约州卫生署和/或其早期干预财政代理披露上述参保人的健康保险信息。

本人授权上述各方与上述保险公司出于促进索赔和协助裁定对早期干预计划所提供之服务索赔的目的交换相关信息:

此外, 本人同意并授权为向上述保险公司提交索赔的提供者提供保险公司可能要求的相关信息, 以便对早期干预计划所提供之服务索赔和支付相关费用。

本要求仅适用于参保人保单、计划或福利待遇下的健康保险, 以便保险公司为早期干预计划所提供之服务支付费用。

父母/监护人签名: _____

签名日期: _____