

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

保险父母须知

在纽约州，早期干预保险必须免费向家庭提供。但是，纽约州早期干预项目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 及其他），用以报销早期干预服务的费用。这些重要资金来源有助于确保未来后代早期干预服务的可用性。

公共卫生法 (Public Health Law) 规定，早期干预服务提供者须首先向公共和私人保险收取早期干预服务费用，然后才能向您的市政当局提交支付账单。只有在您的保单受纽约州法律管辖的情况下，或不受纽约州法律管辖但经您同意的情况下，才会向私人保险收取费用。

**Medicaid 和私人保险：**

如果您的家庭同时参加了私人保险和公共保险 (Medicaid)，将首先向您的私人保险早期干预服务收费，而余下部分则向公共保险 (Medicaid) 收费。如果您的子女参加了 Medicaid，作为 Medicaid 登记申请的程序之一，您须同意首先向您子女的任何私人保险收取早期干预服务费用。如果您子女的保险受纽约州保险法的管辖，早期干预服务费用将从您子女的保险计划中收取，而无需经过您的同意。如果您子女的私人保险计划并非完全受纽约州保险法管辖，则需要您的同意，确定是否从您子女的私人保险计划中收取。

**保险和社会安全号码的收集：**

依照纽约州公共健康法 (Public Health Law, PHL)：

- 您的服务协调员须收集有关您子女保险范围的信息和文件，包括公共和私人保险，而您则须提供此类信息和文件。 此类信息包括：保单或健康福利计划类型、保险公司或计划管理人姓名、保单或计划身份识别号码、该保单的承保类型以及有关保险付费的各种所需信息。您的服务协调员须向您解释您的权利和责任，以及法律为家庭提供的各种保障。  
[PHL§2543(3)；PHL§2559(3)(a)(i)]
- 您的早期干预行政人员须收集您和您子女的社会安全号码，而您则须提供此类信息。此类信息均会予以安全保密。[PHL§2552(2)]

## 纽约州辖区保险政策：

如使用公共和私人保险支付早期干预服务费用，纽约州公共健康法 (PHL) 和纽约州保险法 (SIL) 将提供下列保护：

1. 您子女所需的早期干预服务将免费向您的家庭提供。您无需支付您子女和家庭所接受早期干预计划服务的任何相关自付费用，例如免赔额或共同支付金额。早期干预行政人员将就所有共同支付金额和免赔额予以合理安排。[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。也就是说，您保险公司支付的任何早期干预服务费用 不会 降低您家庭的整体保险总额。[PHL§2559(3)(c)；SIL§3235-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§3235-a(b)]
4. 您子女和家庭可使用的早期干预服务不限于您的保险范围。即便您的保险范围不包括这些服务，或是您没有参加保险，您的早期干预行政人员亦须确保您的子女得到了适当的早期干预服务。[PHL§2552(1)]
5. 如果您的子女通过早期干预项目接受服务，您的健康保险公司不得仅仅因此而中断或停止续约您的保险。[SIL§3235-a(d)]
6. 如果您的子女和家庭通过早期干预项目接受服务的情况下，您的保险公司不得仅仅因此而增加您的健康保险费。
7. 如使用公共健康保险（即 Medicaid）支付早期干预服务，不会影响您子女享受家庭和社区减免项目的资格。如接受早期干预服务，不会影响家庭和社区减免项目的参与。
8. 即便您没有参加私人或公共保险，亦可接受 IFSP 早期干预服务。是否参加健康保险，并非加入早期干预项目的前提条件，但您可请服务协调员协助推荐并申请公共福利。[PHL§2552(1)；PHL§2559(1)]
9. 如果您的私人保险 不受 纽约州管辖（例如您的雇主选择自行投保），且使用私人保险将导致您的家庭产生任何费用（包括失去福利），除非得到您的书面知情同意书，将 不会 向您的保险计划收取费用。[PHL§2559(3)(a)]

### 不受纽约州管辖的保单：

如果您的保险计划不受纽约州管辖，您的保险计划将不受纽约州保险或公共健康法保护。

在上述情况下：

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以您子女接受了早期干预项目服务为由，而中断或停止续约您的健康保险。
3. 您的保险公司可能不被禁止以您子女接受了早期干预项目服务为由，而增加您的保费。

### 书面同意：

如要对您的健康保险计划（如果不受纽约州管辖）进行评估，以帮助支付早期干预服务费用，需得到您的书面许可。如果您决定不提供有关向您健康保险计划进行早期干预项目收费的书面许可，您的 **IFSP** 服务仍将必须提供。[PHL§2552(1)]

- 如果父母一方提供了知情书面许可，同意使用不受管辖的保险来支付 **EIP** 服务，服务协调员须在每 6 个月 **IFSP** 审查/会议以及 **IFSP** 服务条款增加（频率、周期或强度）时从该父母处获取新的知情同意书。[34 CFR §303.420(a)(3)；§303.520(b)(1)(i)]

如果您决定提供有关评估您健康保险计划以便进行早期干预项目收费的书面许可，您可以获得下列保护：

1. **您子女所需的早期干预服务将免费向您的家庭提供。**您无需支付您子女和家庭所接受早期干预计划服务的任何相关自付费用，例如免赔额或共同支付金额。早期干预行政人员将就市政支付的所有共同支付金额和免赔额予以合理安排。[PHL§2559(3)(b)]
2. **您子女和家庭可使用的早期干预服务不限于您的保险范围。**即便您的保险范围不包括这些服务，您的早期干预行政人员亦须确保您的子女得到适当的早期干预服务。[PHL §2552(1)]

### 代位求偿：

根据《纽约州健康法》(Public Health Law)，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§3235-a(c)] 也就是说，私人保险支付的任何早期干预服务费用均须直接支付给早期干预提供者。如果您支付有误，请联系您的早期干预提供者和/或服务协调员，获取指引和服务。此举有助于确保您的服务提供者顺利获得您子女和家庭所接受早期干预服务的费用。

### 正当诉讼权：

父母有权通过正当诉讼流程来解决其子女早期干预服务的相关争议和纠纷。此类正当诉讼权包括调解、寻求正当诉讼听证会和/或向州立系统提交投诉。所有选项皆属自愿，无需父母支付费用。[34 CFR §303.43、§303.436、§303.441、§303.434；PHL §2549、10 NYCRR 章节 69-4.17]

- 调解 是指由社区纠纷解决中心 (Community Dispute Resolution Center) 指派训练有素的调解员，协助父母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 由听证员（由卫生委员或指定人员委派的行政法官）举办，亦可用于解决家长和早期干预行政人员之间的纠纷。如果子女被评估员认定不符合接受服务的条件，自认定不符合条件当日起 6 个月内，父母可要求发起公正听证会。
- 系统投诉 是指当父母认为其 EIO、服务协调员、评估员或服务提供者未遵守法律、条例或规定来完成工作时，可以依法提出。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部早期干预局局长。

如对本须知信息有任何疑问，请咨询您的服务协调员或早期干预行政人员，或通过电话 (518-473-7016) 或电子邮件 ([beipub@health.ny.gov](mailto:beipub@health.ny.gov)) 等方式联系纽约州卫生署早期干预局。

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

儿童保险信息表说明

儿童保险信息：

在纽约州，早期干预保险必须免费向家庭提供。但是，纽约州早期干预项目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 及其他），用以报销早期干预服务的费用。依照纽约州公共健康法 (Public Health Law, PHL)，您的服务协调员须收集有关您子女保险范围的信息和文件，包括公共和私人保险，而您则须提供此类信息和文件。此类信息包括：保单或健康福利计划类型、保险公司或计划管理人姓名、保单或计划身份识别号码、该保单的承保类型以及有关保险付费的各种所需信息。您的服务协调员须向您解释您的权利和责任，以及法律为您的家庭提供的各种保障。

填写本表：

- 您的服务协调员可协助您填写本表。
- 请确保表格填写完整无误。
- 如果您的子女参加了两种或更多健康保险，您须提供各保单的相关信息。（示例如下）
  - 如果您的子女参加了两种不同的私人保险，您需提供各保单的相关信息。
  - 如果您的子女参加了 Medicaid 和一种私人保险，您需提供 Medicaid 儿童身份识别编号 (Child Identification Number, CIN) 和私人保险信息。
  - 如果您的子女参加了 Medicaid 管理式医疗计划，您须在保险信息部分填写 Medicaid 儿童身份识别编号 (CIN) 和 Medicaid 管理式医疗保险公司信息。
  - 如果您的子女参加了 Medicaid 管理式医疗和一种私人保险，您须同时提供 Medicaid 儿童身份识别号码 (CIN)、Medicaid 管理式医疗保险公司信息以及私人保单信息。
- 您的服务协调员须在每次单独家庭服务计划 (Individualized Family Service Plan, IFSP) 会议/审查时审查此类保险信息。您须在每次 IFSP 会议/审查时签字确认您的保险无变化。如果您的保险有变，您需填写新的表格。
- 如果您子女的保险范围有变，请随时通知您的服务协调员。

无保险父母证明（如适用）：

- 如果您的子女未参加任何健康保险，您须完成并签署该证明。
- 您须在每次 IFSP 会议/审查时签署新的证明（除非您的子女参加了保险）。
- 即便您的子女没有参加任何保险，早期干预项目服务仍将无偿向您提供。
- 您的子女无需参加健康保险，即可接受早期干预项目服务。但是，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

基本保险信息：

保险公司/计划名称： \_\_\_\_\_

保险公司账单地址： \_\_\_\_\_

保单/身份识别号码： \_\_\_\_\_

儿童成员身份识别号码（如不同）： \_\_\_\_\_

团体号码： \_\_\_\_\_

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/身份识别号码： \_\_\_\_\_

儿童成员身份识别号码（如不同）： \_\_\_\_\_

团体号码： \_\_\_\_\_

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 客户身份识别号码 (CIN)（如适用）： \_\_\_\_\_

(2 个字母、5 个数字、1 个字母)

\_\_\_\_\_  
父母/法定监护人签字

\_\_\_\_\_  
日期

父母签字确认文件中的保险信息正确无误。

6 个月 IFSP 保险信息审查：	日期 _____	无变化 _____	父母签字 _____
12 个月 IFSP 保险信息审查：	日期 _____	无变化 _____	父母签字 _____
18 个月 IFSP 保险信息审查：	日期 _____	无变化 _____	父母签字 _____
24 个月 IFSP 保险信息审查：	日期 _____	无变化 _____	父母签字 _____
保险信息审查（其他）：	日期 _____	无变化 _____	父母签字 _____

无保险父母证明（如适用）

儿童姓名： \_\_\_\_\_ 儿童出生日期： \_\_\_\_\_

本人 \_\_\_\_\_（正楷姓名）系上述儿童的父母和/或法定监护人，在此证明，上述儿童迄今为止未参加任何健康保险。我理解，指定早期干预项目服务协调员须协助我确定并申请上述儿童可享受的健康保险。我也理解，上述儿童无需参加健康保险，亦可接受早期干预项目服务。

\_\_\_\_\_  
父母/法定监护人签字

\_\_\_\_\_  
日期