

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

УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ 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, УНС и др.) для возмещения расходов, связанных с услугами раннего вмешательства. Эти важные источники финансирования помогают обеспечить доступность услуг раннего вмешательства для будущих поколений.

В соответствии с Законом о здравоохранении (Public Health Law), поставщики услуг раннего вмешательства, прежде чем отправить счета для оплаты за свои услуги в ваш муниципалитет, должны сначала выставить эти счета государственным и частным страховщикам. Частным страховщикам счета выставляются только в том случае, если ваш страховой полис регулируется законодательством штата Нью-Йорк, в противном случае это может быть сделано только с вашего согласия.

Medicaid и частные страховые программы

Если в вашей семье есть и частная, и государственная страховка (Medicaid), счета за услуги раннего вмешательства сначала будут предъявляться вашему частному страховщику, и только остаток суммы будет заявлен для оплаты государственному страховщику (Medicaid). Если ваш ребенок застрахован в рамках программы Medicaid, это означает, что в процессе подачи заявления на участие в программе Medicaid вы предоставили согласие на выставление счетов за услуги раннего вмешательства сначала любому частному страховщику, доступному для вашего ребенка. Программа страхования вашего ребенка будет получать счета за услуги раннего вмешательства, и вам не придется предоставлять отдельное согласие, если страховка ребенка регулируется Законом о страховании штата Нью-Йорк (State Insurance Law, SIL). Ваше согласие будет необходимо для выставления счетов программе частного страхования вашего ребенка, если эта программа не полностью подпадает под действие Закона о страховании штата Нью-Йорк.

Сбор страховых данных и номеров социального страхования

Согласно Закону о здравоохранении штата Нью-Йорк (PHL):

- вы должны предоставить координатору услуг информацию и документацию о страховке вашего ребенка, независимо от того, является она государственной или частной. К этой информации относится: тип страхового полиса или программы медицинского страхования, наименование страховщика или администратора программы, идентификационный номер полиса или программы, тип покрытия и любая другая информация, необходимая 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 страхования и номер социального страхования вашего ребенка. Эта информация будет храниться в надежном месте с соблюдением всех требований конфиденциальности. [PHL§2552(2)]

Страховые полисы, регулируемые законодательством штата Нью-Йорк

Законы PHL и SIL предусматривают следующие гарантии в отношении программ страхования, регулируемых законодательством штата Нью-Йорк, когда для оплаты услуг раннего вмешательства используются государственные и частные страховки.

- 1. Услуги раннего вмешательства, необходимые вашему ребенку, будут предоставляться вашей семье бесплатно.** От вас не могут требовать, чтобы вы за свой счет оплачивали такие расходы, как нестрахуемый минимум или доплата, за любые услуги, которые ваш ребенок и семья получают в рамках программы раннего вмешательства. Специалист по услугам раннего вмешательства организует оплату всех нестрахуемых минимумов и доплат. [PHL§2557(1); PHL§2559(3)(b)]
- 2. Страховщикам запрещается засчитывать какие-либо суммы, выплаченные за услуги раннего вмешательства, в счет максимальных годовых или пожизненных лимитов («потолков») по страховым полисам.** 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 запрещается засчитывать какие-либо оплаченные услуги раннего вмешательства в счет лимита приемов у врачей, предусмотренного вашим полисом.** 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 семье, не будут ограничиваться тем, что покрывается вашей страховкой.** Ваш специалист по услугам раннего вмешательства должен обеспечить предоставление вашему ребенку соответствующих услуг раннего вмешательства, даже если ваша страховка не распространяется на такие услуги или если у вас нет страховки. [PHL§2552(1)]
- 5. Ваша компания медицинского страхования не может расторгнуть или не продлить договор страхования с вами только потому, что ваш ребенок получает услуги через программу раннего вмешательства.** [SIL§3235-a(d)]
- 6. Ваша компания медицинского страхования не может повысить ваши страховые взносы** только потому, что ваш ребенок и семья получают услуги через программу раннего вмешательства.
- 7. Право вашего ребенка на обслуживание на дому или по месту жительства не будет затронуто,** если для оплаты услуг раннего вмешательства будет использоваться государственная программа медицинского страхования (например, Medicaid). Получение услуг раннего вмешательства не является препятствием для участия в программах обслуживания на дому или по месту жительства.
- 8. Услуги раннего вмешательства, предусмотренные индивидуальным планом обслуживания вашей семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP), должны предоставляться, даже если у вас нет частной или государственной страховки.** Вас не могут заставить получить страховку в качестве условия участия в программе раннего вмешательства, хотя ваш координатор услуг может помочь вам с направлением обращением и подачей заявления на социальные льготы, если вы этого захотите. [PHL§2552(1); PHL§2559(1)]
- 9. Если ваш полис от частного страховщика не регулируется законодательством штата Нью-Йорк** (например, если у вас самозастрахованный работодатель), а использование частной страховки приведет к каким-либо убыткам для вашей семьи (включая потерю льгот), счет вашему страховщику **не** будет выставлен, если вы не предоставите информированное письменное согласие. [PHL§2559(3)(a)]

Страховые полисы, не регулируемые законодательством штата Нью-Йорк

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. Страховщик вправе засчитать услуги раннего вмешательства в годовые или пожизненные денежные лимиты по полисам, а также сократить количество приемов у врачей, которые в противном случае были бы доступны.
2. Страховщик вправе расторгнуть или не продлить договор страхования с вами, потому что ваш ребенок получает услуги EIP.
3. Страховщик вправе повысить ваши страховые взносы, потому что ваш ребенок получает услуги EIP.

Письменное согласие

Ваше письменное согласие необходимо для использования вашей программы медицинского страхования (если она не регулируется законодательством штата Нью-Йорк) для оплаты услуг раннего вмешательства. Если вы не захотите предоставлять письменное разрешение на то, чтобы программа раннего вмешательства выставляла счета вашему медицинскому страховщику, вам все равно должны оказывать услуги, предусмотренные вашим планом IFSP.

[PHL§2552(1)]

- Если родитель предоставит информированное письменное согласие на использование страховки, не регулируемой законодательством штата Нью-Йорк, для оплаты услуг EIP, координаторам услуг будет необходимо получать от родителя новое информированное письменное согласие в ходе каждой встречи/обсуждения IFSP раз в 6 месяцев и каждый раз, когда будет происходить увеличение (частоты, продолжительности или интенсивности) услуг, предусмотренных IFSP. [34 CFR §303.420(a)(3); §303.520(b)(1)(i)]

Если вы решите предоставить письменное разрешение на **использование** вашей программы медицинского страхования для оплаты услуг раннего вмешательства, вы будете иметь следующие гарантии.

1. **Услуги раннего вмешательства, необходимые вашему ребенку, будут предоставляться вашей семье бесплатно.** От вас не смогут требовать, чтобы вы за свой счет оплачивали такие расходы, как нестрахуемый минимум или доплата, за любые услуги, которые ваш ребенок и семья получают в рамках программы раннего вмешательства. Специалист по услугам раннего вмешательства организует оплату всех нестрахуемых минимумов и доплат муниципалитетом. [PHL§2559(3)(b)]
2. **Услуги раннего вмешательства, доступные вашему ребенку и семье, не будут ограничиваться тем, что покрывается вашей страховкой.** Ваш специалист по услугам раннего вмешательства должен обеспечить предоставление вашему ребенку соответствующих услуг раннего вмешательства, даже если ваша страховка не распространяется на такие услуги или если у вас ее нет. [PHL §2552(1)]

Суброгация

Закон о здравоохранении штата Нью-Йорк предоставляет муниципалитету и поставщикам услуг право «суброгации» на возмещение 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 любая оплата частным страховщиком услуг раннего вмешательства должна 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 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. Данные процессуальные права включают в себя право на процедуру примирения сторон, надлежащее судебное разбирательство и/или подачу жалобы в систему 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]

- Процедура примирения сторон проводится специалистом центра разрешения гражданских споров (Community Dispute Resolution Center), который помогает родителям и сотрудникам программы раннего вмешательства достичь соглашения об услугах раннего вмешательства.
- Объективное разбирательство проводится арбитрами (судьями по административным делам, назначаемыми руководителем Департамента здравоохранения или его заместителем) для разрешения споров между родителями и сотрудниками программы раннего вмешательства. Если эксперт, проводящий освидетельствование, решит, что ребенок не имеет права на пользование услугами, родители могут потребовать проведения объективного разбирательства в течение 6 месяцев, начиная с даты признания ребенка не имеющим права на участие в программе.
- 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 чем одного года, начиная с даты совершения предполагаемого нарушения.

Если у вас есть вопросы по поводу информации в данном уведомлении, обратитесь к своему координатору услуг или специалисту по услугам раннего вмешательства, а также вы можете обратиться в Бюро раннего вмешательства при Департаменте здравоохранения штата Нью-Йорк по номеру 518-473-7016 или по адресу электронной почты 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 ФОРМЫ О СТРАХОВОЙ ИНФОРМАЦИИ РЕБЕНКА

Страховая информация 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 штата Нью-Йорк (Public Health Law, PHL), вы должны предоставить координатору услуг информацию и документацию о страховке вашего ребенка, независимо от того, является она государственной или частной. К этой информации относится: тип страхового полиса или программы медицинского страхования, наименование страховщика или администратора программы, идентификационный номер полиса или программы, тип покрытия и любая другая информация, необходимая 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.

Заполнение формы

- Ваш координатор услуг может помочь вам заполнить эту форму.
- Все данные в ней должны быть полными и достоверными.
- Если у вашего ребенка есть несколько полисов медицинского страхования, вы должны предоставить информацию о каждом из них. (Примеры ниже)
 - Если у вашего ребенка два частных страховых полиса, необходимо указать информацию об обоих.
 - Если у вашего ребенка страховка Medicaid и частная страховка, необходимо указать идентификационный номер ребенка (Child Identification Number, CIN) в системе Medicaid и информацию о частной страховке.
 - Если у вашего ребенка программа регулируемого медицинского обслуживания Medicaid (Medicaid Managed Care), в разделе информации о страховках необходимо указать идентификационный номер ребенка (Child Identification Number, CIN) в системе Medicaid и данные страховой компании, специализирующейся на регулируемом медицинском обслуживании Medicaid.
 - Если у вашего ребенка страховка Medicaid Managed Care и частная страховка, необходимо указать идентификационный номер ребенка (Child Identification Number, CIN) в системе Medicaid, данные страховой компании, специализирующейся на регулируемом медицинском обслуживании Medicaid, и информацию о частной страховке.
- Ваш координатор услуг должен проверять эту страховую информацию в ходе каждой встречи/обсуждения по поводу индивидуального плана обслуживания семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP). Вы должны подписывать эту форму на каждой встрече/обсуждении по поводу IFSP, подтверждая тем самым, что ваша страховка не изменилась. Если ваша страховка изменится, вам нужно будет заполнить новую форму.
- Сообщите координатору услуг, если страховка вашего ребенка когда-либо изменится.

Формальное подтверждение родителями отсутствия страховки (если применимо)

- Вы должны заполнить и подписать это формальное подтверждение, если у вашего ребенка нет медицинской страховки.
- Новое формальное подтверждение должно подписываться в ходе каждой встречи/обсуждения по поводу IFSP (если у вашего ребенка не появится страховка).
- Если у вашего ребенка нет страховки, услуги EIP по-прежнему будут предоставляться вам бесплатно.
- Вашему ребенку не обязательно иметь медицинскую страховку, чтобы пользоваться услугами EIP, однако ваш координатор услуг должен помочь вам найти программу медицинского страхования, которая может быть доступна вашему ребенку, и подать заявление на участие в ней.

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

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

СТРАХОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ РЕБЕНКА

Имя и фамилия / дата

рождения ребенка: _____ Пол ребенка: мужской женский

Основная страховая информация:

Страховая компания/программа: _____

Адрес страховой компании для выставления счетов: _____

Полис / идентификационный номер (ID): _____

Идентификационный номер ребенка (если отличается): _____

Группа №: _____

Имя и фамилия страхователя: _____ Пол страхователя: мужской женский

Дата рождения страхователя: _____

Адрес страхователя: _____

Номер телефона страхователя: _____

Кем страхователь приходится ребенку: _____

Другие страховки (если применимо):

Страховая компания/программа: _____

Адрес страховой компании для выставления счетов: _____

Полис/ идентификационный номер (ID): _____

Идентификационный номер ребенка (если отличается): _____

Группа №: _____

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 достоверность имеющейся в деле страховой информации.

Страховая информация проверена в 6 месяцев IFSP:	дата	без изменений	подпись родителя
Страховая информация проверена в 12 месяцев IFSP:	дата	без изменений	подпись родителя
Страховая информация проверена в 18 месяцев IFSP:	дата	без изменений	подпись родителя
Страховая информация проверена в 24 месяца IFSP:	дата	без изменений	подпись родителя
Страховая информация проверена (другое время):	дата	без изменений	подпись родителя

ФОРМАЛЬНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ РОДИТЕЛЯМИ ОТСУТСТВИЯ СТРАХОВКИ (если применимо)

Имя и фамилия ребенка: _____ Дата рождения ребенка: _____

Я, _____ (имя и фамилия печатными буквами), родитель и/или законный опекун указанного выше ребенка, подтверждаю, что на сегодняшний день у этого ребенка нет полиса медицинского страхования. Я понимаю, что закрепленный за нами координатор услуг программы раннего вмешательства должен помочь мне найти программу медицинского страхования, которая может быть доступна для этого ребенка, и подать заявление на участие в ней. Также я понимаю, что этому ребенку не обязательно иметь медицинскую страховку, чтобы пользоваться услугами программы раннего вмешательства.

Подпись родителя / законного опекуна

Дата