

عناصر مجموعة الأدوات

المعلومات الأساسية

1. مسؤوليات منسق الخدمة فيما يتعلق بالتأمين الصحي - العنصر الأول من مجموعة الأدوات
2. إخطار ولي الأمر بشأن التأمين الصحي - العنصر الثاني من مجموعة الأدوات
3. معلومات وتعليمات لأولياء الأمور حول جمع معلومات التأمين الصحي/ إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين صحي - العنصر الثالث من مجموعة الأدوات
4. جمع معلومات التأمين الصحي - العنصر الرابع من مجموعة الأدوات النموذج (Form A)
5. إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين صحي - العنصر الخامس من مجموعة الأدوات النموذج (Form B)
6. تفويض بالإفصاح عن معلومات التأمين الصحي - العنصر السادس من مجموعة الأدوات النموذج (Form C)
7. تعليمات لمنسقي الخدمة: جمع الإحالة المكتوبة من أولياء الأمور أو ممارسي الرعاية الصحية الأولية - العنصر السابع من مجموعة الأدوات
8. الإحالة المكتوبة من ممارس الرعاية الصحية الأولية - العنصر الثامن من مجموعة الأدوات النموذج (Form D) النموذج (Form E) سابقاً
9. الإرشادات المتعلقة بإصدار فواتير برنامج Medicaid للأطفال المسجلين في خطط الرعاية المُدارة من قبل برنامج Medicaid - العنصر التاسع من مجموعة الأدوات

ملاحظات

- تم دمج مسؤوليات منسق الخدمة الأولية والمستمرة المتعلقة بالتأمين
- أصبح النموذج (Form B) حالياً يمثل إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين صحي.
- تمت إزالة الطلب المتعلق بالتغطية الصحية (النموذج (Form D) سابقاً) ولم يعد سارياً بعد الآن
- تمت إزالة الإخطار المطلوب للحلول القانونية ولم يعد سارياً بعد الآن
- تمت إزالة الإرشادات المتعلقة بدخول خطط التأمين غير المنظمة في ولاية نيويورك والتي لا تخضع لقانون ولاية نيويورك للتأمين فيما يتعلق ببرامج التدخل المبكر (NYEIS) ولم تعد سارية بعد الآن

المعلومات الأساسية

يجب توفير خدمات التدخل المبكر في ولاية نيويورك مجاناً لأولياء الأمور. [المادة 2557 من قانون PHL، والباب 10 من NYCRR المادة (d)(1)(iv)(m) 69-4.1] يدفع برنامج Medicaid مقابل الخدمات التي يتلقاها الأطفال المؤهلون المشمولون بتغطية Medicaid. قبل 29 ديسمبر/ كانون الأول 2021، كانت تكاليف خدمات برنامج التدخل المبكر تُدفع جزئياً من خلال تغطية التأمين الصحي للطفل المؤهل، إذا كانت خطة التأمين الصحي منظمة بموجب قانون التأمين في ولاية نيويورك (New York State Insurance Law, SIL).

في 29 ديسمبر/ كانون الأول 2021، وقعت الحاكمة Hochul (هوكول) على التشريع (A.5339/S.5560A) الذي غيّر بشكل كبير طريقة معالجة المطالبات بخدمات برنامج التدخل المبكر والدفع مقابلها. وينص التشريع على إنشاء صندوق التغطية التأمينية للأفراد التابع لبرنامج التدخل المبكر (Early Intervention Program Covered Lives Pool)، الذي يتم تمويله من خلال تقييم لخطط التأمين الصحي. يعوض تمويل صندوق برنامج التدخل المبكر حصص البلدية والولاية من خدمات برنامج التدخل المبكر التي لا يغطيها برنامج Medicaid. **لم تعد فواتير مطالبات التدخل المبكر تُرسل إلى شركات التأمين الصحي التجارية.** سيتم الاستمرار في إرسال فواتير المطالبات إلى Medicaid مقابل الخدمات المغطاة وإلى حسابات الضمان المحلية مقابل الخدمات غير المغطاة.

ملاحظة: يجب أن يواصل منسقو الخدمة جمع معلومات التأمين الصحي المتعلقة بالطفل وتوثيقها.

تمت مراجعة مجموعة أدوات التأمين الصحي المُشار إليها هذه لتزويد منسقي الخدمة بالمعلومات اللازمة لتنفيذ جميع مسؤوليات برنامج التدخل المبكر المرتبطة بجمع معلومات تغطية التأمين الصحي للطفل/ الأسرة وتوثيقها.

مسؤوليات التأمين الصحي لمنسق الخدمة

1. يمكنك تزويد ولي الأمر (أولياء الأمور) الوصي القانوني بنسخة من **إخطار ولي الأمر بشأن التأمين الصحي** (العنصر الثاني من مجموعة الأدوات) ومراجعة هذه المعلومات مع ولي الأمر. ويمكنك أيضًا مناقشة متطلبات لوائح برنامج التدخل المبكر (Early Intervention Program) مع الأسرة، التي تتطلب من منسقي الخدمة جمع معلومات التأمين الصحي للطفل الذي يتلقى خدمات التدخل المبكر وتتطلب من أولياء الأمور تقديم هذه المعلومات، وذلك للمساعدة في سداد التكاليف المتعلقة بخدمات برنامج التدخل المبكر.

أ. بموجب قانون الصحة العامة (New York State Public Health Law, PHL) بولاية نيويورك، يجب تقديم خدمات برنامج التدخل المبكر مجانًا لأولياء الأمور [المادة 2557 من قانون PHL، والباب 10 من NYCRR المادة (d)(iv)(1)(m) 69-4.1]

ب. **بُعد برنامج Medicaid جزءًا من نظام المدفوعات مقابل خدمات التدخل المبكر في ولاية نيويورك.** يدفع Medicaid مقابل الخدمات للأطفال المؤهلين المشمولين بتغطية برنامج Medicaid. تُعد أموال Medicaid والأموال المتاحة من خلال صندوق التغطية التأمينية للأفراد التابع لبرنامج التدخل المبكر، الذي يُجرى تمويله من خلال تقييم خطط التأمين، جزءًا من نظام المدفوعات للبرنامج. يعوض تمويل صندوق برنامج التدخل المبكر حصص البلدية والولاية من خدمات برنامج التدخل المبكر التي لا يغطيها برنامج Medicaid. سيتم الاستمرار في إرسال فواتير المطالبات إلى Medicaid مقابل الخدمات المغطاة وإلى حسابات الضمان المحلي مقابل الخدمات غير المغطاة.

ملاحظة مهمة: لم تعد مطالبات برنامج التدخل المبكر تُرسل إلى شركات التأمين الصحي التجارية.

2. سيحصل مقدمو خدمات التدخل المبكر على مدفوعات التدخل المبكر من الأموال المحلية (حساب الضمان) مقابل الخدمات التي لم يتم الدفع مقابلها الكامل من خلال Medicaid إذا كان طلب مقدم الخدمة قد استوفى جميع قواعد الفواتير والمطالبات الأخرى الخاصة بخدمات التدخل المبكر.

أ. يدفع برنامج Medicaid مقابل جميع خدمات برنامج التدخل المبكر وفقًا لمعدلات الدفع مقابل خدمات برنامج التدخل المبكر التابع لإدارة الصحة في ولاية نيويورك (New York State Department of Health) التي حدتها الولاية.

ب. يحظر على مقدمي الخدمات طلب الدفع مقابل خدمات برنامج التدخل المبكر من أولياء الأمور.

ج. يجب تقديم خدمات برنامج التدخل المبكر لجميع الأطفال المؤهلين وفقًا لخطة الخدمة الفردية العائلية (Individualized Family Service Plan, IFSP) للطفل، بما يشمل تنسيق الخدمات والتقييمات، ويشمل ذلك جميع الأطفال، بصرف النظر عن حالتهم التأمينية.

1. إذا لم يكن الطفل مؤمنًا عليه، يكون منسق الخدمة مسؤولًا عن مساعدة ولي الأمر في تحديد برامج المزايا، التي قد تكون الأسرة مؤهلة لها، والتقدم بطلب للتسجيل فيها، بما في ذلك Medicaid و Child Health Plus ودخل الإعاقة من الضمان الاجتماعي (Security Disability Income). ومع ذلك، لا يُطلب من ولي الأمر التسجيل في برنامج التأمين الصحي للحصول على خدمات برنامج التدخل المبكر.

2. يجب على منسق الخدمة استخدام **النموذج (Form A)**، (العنصر الرابع من مجموعة الأدوات)، وهو **جمع معلومات التأمين الصحي**، لجمع المعلومات المتعلقة بتغطية التأمين الصحي للطفل/ الأسرة.

3. **النموذج (Form B)**، (العنصر الخامس من مجموعة الأدوات)، هو **إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين صحي**. يجب على أولياء الأمور التوقيع على هذا الإقرار إذا لم تكن لدى الطفل الذي يتلقى خدمات التدخل المبكر تغطية تأمين صحي. يجب على منسقي الخدمة مراجعة معلومات تغطية التأمين الصحي للطفل مع الأسرة على أساس ربع سنوي أو بشكل أكثر تكرارًا، إذا تغيرت حالة التأمين الصحي للطفل. يجب على ولي الأمر التوقيع على الإقرار الجديد كل ثلاثة أشهر على الأقل ما لم يكن الطفل قد حصل على تغطية تأمين صحي واستكمل ولي الأمر **النموذج (Form A)** وحصل منسق الخدمة عليه.

4. بمجرد استكمال ولي الأمر للنموذج المناسب فيما يتعلق بالتأمين الصحي (**النموذج (Form A)**) أو في حالة عدم وجود تغطية تأمين صحي، (**النموذج (Form B)**)، يجب إدخال المعلومات في نظام بيانات الولاية ويجب الاحتفاظ بالنموذج في ملف الطفل. سيخطر منسق الخدمة جميع مقدمي الفواتير والبلدية بأن الوثائق المكتملة لمعلومات التأمين الصحي يمكن الوصول إليها في ملف الطفل، وإذا تم الطلب، فسيتم إرسال نسخ مطبوعة إليهم بالبريد في غضون 14 يومًا من استلام الطلب.

**إذا كانت الأسرة تمتلك بطاقة Medicaid ورقم تعريف الطفل (Child Identification Number, CIN) الخاص ببرنامج Medicaid، فإنه يجب إدخال رقم تعريف الطفل (CIN) في نظام بيانات الولاية الحالي. إذا كانت تغطية Medicaid هي خطة الرعاية المُدارة من برنامج Medicaid، فإنه يجب أيضًا إدخال معلومات شركة التأمين/ معلومات التأمين للرعاية المُدارة في نظام بيانات الولاية.

يرجى ملاحظة ما يلي:

حسابات الإنفاق الصحي/ حسابات التوفير الصحي (Health Spending Accounts/Health Savings Accounts, HSAs) هي حسابات توفير طبية ولا تُعد تأمينًا صحيًا، وينبغي لمنسق الخدمة عدم جمع المعلومات المتعلقة بهذه الأنواع من الحسابات أو إدخالها في ملف الطفل أو في نظام بيانات الولاية.

د. تدابير الحماية للأسر عند تقديم معلومات التأمين الصحي لبرنامج التدخل المبكر:

1. لا يدفع أولياء الأمور أي تكاليف إضافية، مثل المبالغ المستقطعة أو مبالغ المشاركة في الدفع مقابل خدمات برنامج التدخل المبكر.

2. لا يؤثر جمع معلومات التأمين الصحي من خلال برنامج التدخل المبكر سلبيًا في أي تغطية تأمين صحي قد تتمتع بها الأسرة.

3. جمع معلومات بوليصة التأمين الصحي من الأسرة (الباب 10 من NYCRR المادة (d) 69-4.6)

أ. يجب على منسقي الخدمة تحديد ما إذا كانت الأسرة لديها تأمين صحي للطفل الذي يتلقى خدمات التدخل المبكر وتقديم النموذج والتعليمات المناسبة للأسرة لاستكمالها.

1. يجب على منسقي الخدمة **مراجعة النموذجين (Form A) و (Form B)** مع أولياء الأمور ومساعدتهم في استكمال النموذج المناسب.

2. إذا كان لدى الأسرة تأمين صحي للطفل، فإنه يتعين إعطاء الأسرة **النموذج (Form A) (جمع معلومات التأمين الصحي)**.

3. إذا لم تكن لدى الأسرة تغطية تأمين صحي، فسيزود منسق الخدمة ولي الأمر **بالنموذج (Form B) (إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين صحي)** لاستكمالها.

- ب. يتعين أن يقدم شرخاً لولي الأمر أنه إذا كان الطفل مشاركاً في برنامج التدخل المبكر، فإنه يجب عليه إبلاغ منسق خدمة التدخل المبكر في أي وقت تطرأ فيه تغييرات في بوليصة التأمين الصحي للطفل، بما يشمل Medicaid و Child Health Plus. يجب على منسق الخدمة مراجعة معلومات التأمين الصحي للطفل مع الأسرة كل ثلاثة أشهر.
- ج. يجب على منسقي الخدمة توثيق المناقشات مع أولياء الأمور فيما يتعلق بالتأمين الصحي في برنامج التدخل المبكر وتغطية التأمين الصحي للطفل في ملاحظات تنسيق خدمة التدخل المبكر. عندما تتم مراجعة معلومات التأمين الصحي مع ولي الأمر كل ثلاثة أشهر:
1. في النموذج (Form A)، يجب على منسق الخدمة التوقيع بالأحرف الأولى وتاريخ النموذج للإشارة إلى أن المعلومات تمت مراجعتها مع ولي الأمر. وسيشير منسق الخدمة أيضاً إلى ما إذا كانت المعلومات الموجودة في النموذج تعكس "عدم وجود تغييرات" أو إذا وُجدت حاجة إلى نموذج محدث "جديد".
 2. إذا وُجدت حاجة إلى نموذج (Form A) جديد لتحديث معلومات التأمين الصحي، فإنه يجب تقديمه إلى ولي الأمر. بمجرد إكمال النموذج الجديد وإعادته إلى منسق الخدمة، يجب إدخاله في نظام بيانات الولاية والاحتفاظ به في ملف الطفل.
 3. إذا لم تكن لدى الطفل أي تغطية تأمين صحي وكان ولي الأمر قد أكمل النموذج (Form B) مسبقاً، وبعد المراجعة، لا يزال الطفل لا يتمتع بتغطية تأمين صحي، فإنه يجب على ولي الأمر إكمال النموذج (Form B)، إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين صحي، الجديد واستلامه من قبل منسق الخدمة الذي سيحتفظ بالنموذج في ملف الطفل.
 4. إذا كان لدى الطفل، في أثناء مشاركته في برنامج التدخل المبكر، تغطية تأمين صحي، ولكن بعد المراجعة، لم يعد لديه تغطية، فإنه يجب على ولي الأمر إكمال إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين صحي النموذج (Form B)، وتوقيعه وتاريخه، وسيستلمه منسق الخدمة، الذي سيدخل بعد ذلك معلومات النموذج في نظام بيانات الولاية والاحتفاظ بالنموذج في ملف الطفل.
- د. يجب على منسقي الخدمة أيضاً مساعدة ولي الأمر في استكمال النموذج (Form C) (العنصر السادس من مجموعة الأدوات)، تفويض بالإفصاح عن معلومات التأمين الصحي.
1. يسمح هذا الإخطار الذي يوقعه ولي الأمر بالإفصاح عن معلومات التأمين الصحي للطفل إلى منسق الخدمة والبلدية.
 4. يتعين الحصول من ولي الأمر على إحالة مكتوبة من مقدم الرعاية الصحية الأولية للطفل كتوثيق للضرورة الطبية لخدمات برنامج التدخل المبكر.
- أ. يرجى الرجوع إلى الإرشادات المتعلقة بالإحالات المكتوبة المقدمة ضمن مسؤوليات منسق الخدمة فيما يتعلق بالتأمين الصحي (العنصر الأول من مجموعة الأدوات) وجمع الإحالات المكتوبة من أولياء الأمور أو ممارسي الرعاية الصحية الأولية (العنصر السابع من مجموعة الأدوات).
- ب. يتعين استخدام النموذج (Form D) (العنصر الثامن من مجموعة الأدوات)، الإحالة المكتوبة من ممارسي الرعاية الصحية الأولية حسب الحاجة لهذا الغرض.
- ج. يتعين إبلاغ مقدمي خدمات برنامج التدخل المبكر للطفل بأنه تم الحصول على إحالة مكتوبة من ممارسي الرعاية الصحية الأولية للطفل لتوثيق الضرورة الطبية لخدمات التدخل المبكر.
- *من المهم لمنسقي الخدمة أن يكونوا على علم بأن الخدمات المسموح بها في خطة خدمات الأسرة الفردية للطفل يجب أن تبدأ في الوقت المناسب. يجب عدم تأخير الخدمات أبداً إذا لم يتم توفير الإحالة المكتوبة للضرورة الطبية بعد.
5. يجب على منسقي الخدمة توثيق جميع الجهود المبذولة للحصول على معلومات التأمين الصحي والمناقشات مع الأسرة فيما يتعلق بالتأمين الصحي في برنامج التدخل المبكر. يجب على منسق الخدمة الاحتفاظ بجميع المعلومات التي تم الحصول عليها على النحو التالي:
 - أ. إدخال الرقم المرجعي للطفل في الجزء العلوي الأيسر من كل نموذج مكتمل.
 - ب. مراجعة النموذج (Form A)، جمع معلومات التأمين الصحي، والتوقيع عليه بالأحرف الأولى كل ثلاثة أشهر على الأقل، أو بشكل أكثر إذا لزم الأمر، إذا لم يتغير التأمين الصحي. إذا تغير التأمين الصحي، فإنه يتعين تحديث النموذج (Form A) وقيام ولي الأمر بالتوقيع عليه وتاريخه. ويتعين إدخال المعلومات المحدثة في نظام بيانات الولاية والاحتفاظ بالنموذج في ملف الطفل.
 - ج. توثيق جميع الجهود المبذولة للحصول على معلومات التأمين الصحي في ملاحظات تنسيق الخدمة.
 - د. إدخال معلومات التأمين الصحي للطفل وأسرته التي تم الحصول عليها من ولي الأمر، بما يشمل معلومات بوليصة Medicaid والرعاية المُدارة من Medicaid و Child Health Plus، في نظام بيانات الولاية مباشرة. يجب أن يوقع ولي الأمر على النموذج (Form C)، تفويض بالإفصاح عن معلومات التأمين الصحي، قبل أي تبادل لمعلومات التأمين الصحي مع منسق الخدمة أو البلدية.
 - هـ. بعد جمع جميع معلومات التأمين الصحي من ولي الأمر، سيدخل منسق الخدمة المعلومات المُشار إليها هذه في نظام بيانات الولاية.
 - و. الاحتفاظ بنسخة من جميع نماذج التأمين الصحي المكتملة في سجل الطفل.

إخطار ولي الأمر بشأن التأمين الصحي

في ولاية نيويورك، يجب توفير خدمات التدخل المبكر مجاناً للأسر. يتضمن نظام الدفع في ولاية نيويورك لبرنامج التدخل المبكر استخدام التأمين الصحي العام (مثل Medicaid و Child Health Plus) لسداد تكاليف خدمات التدخل المبكر.

في 29 ديسمبر/ كانون الأول 2021، وقعت الحاكمة Hochul (هوكول) على التشريع (A.5339/S.5560A) الذي غيّر بشكل كبير طريقة معالجة المطالبات بخدمات برنامج التدخل المبكر والدفع مقابلها. وينص التشريع على إنشاء صندوق التغطية التأمينية للأفراد التابع لبرنامج التدخل المبكر، الذي يتم تمويله من خلال تقييم لخطط التأمين الصحي. يعرض تمويل صندوق برنامج التدخل المبكر حصص البلدية والولاية من خدمات برنامج التدخل المبكر التي لا يغطيها برنامج Medicaid. يتم إرسال فواتير الخدمات المغطاة إلى Medicaid ويتم دفع تكاليف الخدمات غير المغطاة من خلال حساب الضمان المحلي.

برنامج Medicaid والتأمين الصحي الخاص

إذا كان لدى أسرتك تأمين صحي خاص وتأمين صحي عام (Medicaid)، فسيتم إرسال فواتير المطالبات بدفع تكاليف خدمات التدخل المبكر إلى التأمين الصحي العام (Medicaid) للدفع.

جمع معلومات التأمين الصحي ورقم الضمان الاجتماعي للطفل

بموجب قانون الصحة العامة (PHL) بولاية نيويورك:

يجب على منسق الخدمة الخاص بك جمع المعلومات والوثائق المتعلقة بتغطية التأمين الصحي لطفلك، بما يشمل التأمين الصحي العام والخاص، ويجب عليك تقديم هذه المعلومات والوثائق. تتضمن هذه المعلومات: نوع بوليصة التأمين الصحي أو خطة المزايا الصحية، واسم شركة التأمين أو مدير الخطة، ورقم تعريف البوليصة أو الخطة، ونوع التغطية في البوليصة وأي معلومات أخرى مطلوبة لفواتير التأمين الخاص بك. سيشرح منسق الخدمة الخاص بك حقوقك ومسؤولياتك، والحماية التي يوفرها القانون للأسر. [الباب 10 من NYCRR المادة (h)-(g) 69 4.7]

يجب على مسؤول خدمات التدخل المبكر الخاص بك الحصول على رقم الضمان الاجتماعي لطفلك، ويجب عليك تقديمه. سيتم الاحتفاظ بهذه المعلومات بطريقة آمنة وسرية. [PHL § 2552(2)]

التأمين في ولاية نيويورك

يتم ضمان الحماية التالية بموجب قانون الصحة العامة لولاية نيويورك (PHL) وقانون التأمين لولاية نيويورك (SIL) عند استخدام التأمين الصحي العام لدفع تكاليف خدمات التدخل المبكر.

1. سيتم توفير خدمات التدخل المبكر التي يحتاج إليها طفلك دون تحمل أسرتك لأي تكاليف. لا يجوز مطالبتك بدفع أي تكاليف إضافية، مثل المبالغ المستقطعة أو مبالغ المشاركة في الدفع، مقابل أي خدمات يتلقاها طفلك وأسرتك ضمن برنامج التدخل المبكر. سيقوم برنامج التدخل المبكر بترتيب دفع جميع مبالغ المشاركة في الدفع والمبالغ المستقطعة. [PHL § 2557(1)؛ PHL § 2559(3)(b)]
2. لن تقتصر خدمات التدخل المبكر المتاحة لطفلك وأسرتك على ما يغطيه تأمينك. يجب على مسؤول خدمات التدخل المبكر الخاص بك التأكد من توفير خدمات التدخل المبكر المناسبة لطفلك، حتى إن لم يكن التأمين الخاص بك يغطي هذه الخدمات أو لم يكن لديك تأمين. [PHL § 2552(1)]
3. لن تتأثر أهلية طفلك المتعلقة بالحصول على برامج الإعفاء المنزلية والمجتمعية باستخدام التأمين الصحي العام (أي Medicaid) لدفع تكاليف خدمات التدخل المبكر.
4. يجب أن تظل خدمات التدخل المبكر في خطة خدمات الأسرة الفردية الخاصة بك متوفرة حتى لو لم تكن لديك تغطية تأمين صحي خاص أو عام. لا يجوز إلزامك بالحصول على تغطية تأمين صحي كشرط للمشاركة في برنامج التدخل المبكر، على الرغم من أن منسق الخدمة الخاص بك يمكنه مساعدتك في الإحالة والتقدم بطلب للحصول على المزايا العامة إذا اخترت ذلك. [PHL § 2552(1)؛ PHL § 2559(1)]
5. حسابات الإنفاق الصحي / حسابات التوفير الصحي (HSAs) هي حسابات طبية ولا تُعد تأميناً صحياً. لن يقوم منسق الخدمة الخاص بك بجمع المعلومات المتعلقة بهذه الحسابات.

حقوق الإجراءات القانونية الواجبة

يحق لأولياء الأمور الوصول إلى الإجراءات القانونية الواجبة لتسوية الخلافات أو الشكاوى. وتشمل حقوق الإجراءات القانونية الواجبة هذه فرصة الوساطة، و/ أو جلسة استماع محايدة، و/ أو فرصة تقديم شكوى إلى نظام الولاية. جميع الخيارات طوعية ولا يتحمل ولي الأمر أي تكاليف. [34 CFR § 303.431، و § 303.436، و § 303.441، و § 303.434؛ PHL § 2549؛ الباب 10 من NYCRR المادة 69-4.17]

- **الوساطة** هي عملية يقوم بها وسيط مدرب من مركز حل النزاعات المجتمعية (Dispute Resolution Center)، الذي يساعد الأطراف على التوصل إلى اتفاق بشأن أي مسألة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (Individuals with Disabilities Education Act) الجزء "ج" (Part C). يرجى ملاحظة أنه لا يمكن استخدام عملية الوساطة لرفض حق ولي الأمر في الحصول على جلسة استماع محايدة أو تأخير ذلك، أو لرفض أي حقوق أخرى للإجراءات القانونية الواجبة.
- **جلسات الاستماع المحايدة** يعقدها موظفون معنيون بجلسات الاستماع (قضاة القانون الإداري المعينون من قبل مفوض الصحة أو من ينوب عنه) ويتم استخدامها لتسوية النزاعات بين ولي الأمر ومسؤول خدمات التدخل المبكر. إذا وجد أحد المقيمين أن الطفل غير مؤهل للحصول على الخدمات، فإنه يجوز لأولياء الأمور طلب جلسة استماع محايدة إذا تم تقديم الطلب في غضون 6 أشهر من تاريخ اعتبار الطفل غير مؤهل.

• **شكوى بشأن النظام** يجوز تقديمها إذا اعتقد أولياء الأمور أو أي طرف أن الوكالة الرئيسية أو مسؤول خدمات التدخل المبكر أو منسق الخدمة أو المُقيّم أو مقدم الخدمة لا يقوم بعمله بموجب القانون أو القواعد أو اللوائح. يجب تقديم هذه الشكوى كتابيًا إلى إدارة الصحة في ولاية نيويورك، ومدير مكتب خدمات التدخل المبكر، ويجب توقيعه واستلامها خلال أقل من عام من تاريخ الانتهاك المزعوم. يجب إرسال نسخة من الشكوى إلى منسق خدمة الطفل، ومسؤول خدمات التدخل المبكر في المقاطعة، وأي مقدم لخدمات التدخل المبكر يكون محل الشكوى.

للحصول على معلومات إضافية حول كل من هذه الخيارات المتاحة، يرجى الرجوع إلى المعلومات الواردة في [الدليل الأساسي لأولياء الأمور لبرنامج التدخل المبكر](#) ([Parent's Basic Guide to the Early Intervention Program](#)) وعلى صفحة الويب الخاصة بمكتب التدخل المبكر (Bureau of Early Intervention) على الرابط http://health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/. إذا كانت لديك أي أسئلة حول المعلومات الواردة في هذا الإخطار، يرجى سؤال منسق الخدمة أو مسؤول خدمات التدخل المبكر، أو الاتصال بمكتب التدخل المبكر التابع لإدارة الصحة في ولاية نيويورك عبر الهاتف على الرقم 518-473-7016 أو البريد الإلكتروني على العنوان beipub@health.ny.gov.

العنصر الثاني من مجموعة أدوات التأمين الصحي

معلومات وتعليمات لأولياء الأمور

جمع معلومات التأمين الصحي - النموذج (Form A)

إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين صحي - النموذج (Form B)

معلومات التأمين الصحي للطفل: النموذج (Form A)

في ولاية نيويورك، يجب توفير خدمات التدخل المبكر مجاناً للأسر. ومع ذلك، يتضمن نظام الدفع في ولاية نيويورك لبرنامج التدخل المبكر استخدام التأمين الصحي العام (مثل Medicaid و Child Health Plus) لسداد تكاليف خدمات التدخل المبكر.

ينص الباب 10 من NYCRR المادة 4.7-69 على أنه يجب على منسق الخدمة الخاص بك جمع المعلومات والوثائق المتعلقة بتغطية التأمين الصحي لطفلك، بما يشمل التأمين الصحي العام والخاص، ويجب عليك تقديم هذه المعلومات والوثائق. تتضمن هذه المعلومات: نوع بوليصة التأمين الصحي أو خطة المزايا الصحية، واسم شركة التأمين أو مدير الخطة، ورقم تعريف البوليصة أو الخطة، ونوع التغطية في البوليصة وأي معلومات أخرى مطلوبة للدفع لمقدمي الخدمات. يجب أن يشرح منسق الخدمة الخاص بك حقوقك ومسؤولياتك، والحماية التي يوفرها القانون لأسرتك.

إكمال نماذج التأمين الصحي

يمكن أن يساعدك منسق الخدمة الخاص بك في إكمال النماذج المطلوبة.

• يرجى التأكد من ملء النماذج المطلوبة بالكامل وبشكل دقيق.

• يجب على منسق الخدمة الخاص بك مراجعة معلومات التأمين الصحي لطفلك معك على أساس ربع سنوي على الأقل. إذا تغير التأمين الصحي الخاص بك، أو لم يعد لديك تغطية تأمين صحي، فستحتاج إلى إكمال نموذج محدث (نماذج محدثة).

يرجى إخبار منسق الخدمة الخاص بك على الفور في حالة تغيير تغطية التأمين الصحي لطفلك.

جمع معلومات التأمين الصحي، النموذج (Form A)

إذا كان لدى طفلك بوليصة تأمين صحي أو أكثر، فإنه يجب عليك تقديم معلومات لكل بوليصة (إليك الأمثلة أدناه).

• إذا كان لدى طفلك بوليصة تأمين صحي خاصتان مختلفتان، فستقوم بتضمين معلومات عن كلتا البوليصتين.

• إذا كان طفلك ضمن برنامج Medicaid وتأمين صحي خاص، فستقدم رقم تعريف الطفل (CIN) الخاص ببرنامج Medicaid ومعلومات التأمين الصحي الخاص.

• إذا كان طفلك مسجلاً في الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid، فإنه سيتم توثيق كل من رقم تعريف الطفل (CIN) الخاص ببرنامج Medicaid ومعلومات شركة تأمين الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid في قسم معلومات التأمين.

• إذا كان طفلك مسجلاً في الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid، ولديه بوليصة تأمين صحي خاصة، فستقوم بتضمين رقم تعريف الطفل (CIN) الخاص ببرنامج Medicaid، ومعلومات شركة تأمين الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid، ومعلومات بوليصة التأمين الصحي الخاصة.

حقوق الإجراءات القانونية الواجبة

يحق لأولياء الأمور الوصول إلى الإجراءات القانونية الواجبة لتسوية الخلافات أو الشكاوى. وتشمل حقوق الإجراءات القانونية الواجبة هذه فرصة الوساطة، و/ أو جلسة استماع محايدة، و/ أو فرصة تقديم شكوى إلى نظام الولاية. جميع الخيارات طوعية ولا يتحمل ولي الأمر أي تكاليف. [34 CFR § 303.431، و § 303.436، و § 303.441، و § 303.434، و PHL § 2549؛ الباب 10 من NYCRR المادة 4.17-69]

• **الوساطة** هي عملية يقوم بها وسيط مدرب من مركز حل النزاعات المجتمعية، الذي يساعد الأطراف على التوصل إلى اتفاق بشأن أي مسألة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة الجزء "ج". يرجى ملاحظة أنه لا يمكن استخدام عملية الوساطة لرفض حق ولي الأمر في الحصول على جلسة استماع محايدة أو تأخير ذلك، أو لرفض أي حقوق أخرى للإجراءات القانونية الواجبة.

• **جلسات الاستماع المحايدة** يعدها موظفون معنيون بجلسات الاستماع (قضاة القانون الإداري المعنيون من قبل مفوض الصحة أو من ينوب عنه) ويتم استخدامها لتسوية النزاعات بين ولي الأمر ومسؤول خدمات التدخل المبكر. إذا وجد أحد المُقَّمين أن الطفل غير مؤهل للحصول على الخدمات، فإنه يجوز لأولياء الأمور طلب جلسة استماع محايدة إذا تم تقديم الطلب في غضون 6 أشهر من تاريخ اعتبار الطفل غير مؤهل.

مجموعة أدوات التأمين الصحي لمنسقي الخدمة (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

جمع معلومات التأمين الصحي - النموذج (Form A)
(Collection of Health Insurance Information - Form A)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

الرقم المرجعي للطفل _____

العنصر الرابع من مجموعة أدوات التأمين الصحي - النموذج (FORM A)

اسم الطفل _____

تاريخ الميلاد _____ نوع الطفل ذكر أنثى

معلومات التأمين الأساسي

اسم شركة/ خطة التأمين _____

عنوان فوتر شركة التأمين _____

رقم البوليصة/ رقم التعريف (المعرف) _____

معرف عضوية الطفل (إذا كان مختلفاً) _____

رقم المجموعة _____

اسم صاحب البوليصة _____

تاريخ ميلاد صاحب البوليصة _____

عنوان صاحب البوليصة _____

رقم هاتف صاحب البوليصة _____

صلة قرابة صاحب البوليصة بالطفل _____

تأمين آخر (إن وُجد)

اسم شركة/ خطة التأمين _____

عنوان فوتر شركة التأمين _____

رقم البوليصة/ المعرف _____

معرف عضوية الطفل (إذا كان مختلفاً) _____

رقم المجموعة _____

اسم صاحب البوليصة _____

تاريخ ميلاد صاحب البوليصة _____

عنوان صاحب البوليصة _____

رقم هاتف صاحب البوليصة _____

صلة قرابة صاحب البوليصة بالطفل _____

رقم تعريف العميل (CIN) في برنامج Medicaid (إن وُجد) _____ (حرفان، 5 أرقام، حرف واحد)

توقيع ولي الأمر/ الوصي القانوني _____ التاريخ _____

يرجى ملاحظة: إذا تضمن نموذج "جمع معلومات التأمين الصحي" القابل للتعبئة توقيماً إلكترونياً لولي الأمر/ الوصي القانوني، فيجب أن يشتمل هذا التوقيع أيضاً على علامة للتحقق من صحة التوقيع الإلكتروني (المتاحة عبر تطبيقات مثل Adobe Acrobat و DocuSign وما إلى ذلك)، بحيث تتضمن تاريخ ووقت التوقيع على النموذج. في حال عدم توفر هذا الإجراء الوقائي، يجب طباعة "نموذج جمع معلومات التأمين الصحي" لتمكين ولي الأمر/ الوصي القانوني من التوقيع بالموافقة على النسخة الورقية.

يجب مراجعة معلومات التأمين كل ثلاثة أشهر على الأقل وفي أي وقت تتغير فيه الحالة التأمينية للطفل:

مراجعة معلومات التأمين: التاريخ _____ الأحرف الأولى _____ دون تغييرات نموذج جديد

مراجعة معلومات التأمين: التاريخ _____ الأحرف الأولى _____ دون تغييرات نموذج جديد

مراجعة معلومات التأمين: التاريخ _____ الأحرف الأولى _____ دون تغييرات نموذج جديد

مراجعة معلومات التأمين: التاريخ _____ الأحرف الأولى _____ دون تغييرات نموذج جديد

مراجعة معلومات التأمين: التاريخ _____ الأحرف الأولى _____ دون تغييرات نموذج جديد

مجموعة أدوات التأمين الصحي لمنسقي الخدمة (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين صحي - النموذج (Form B)
(Parent Attestation of No Health Insurance - Form B)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

العنصر الخامس من مجموعة أدوات التأمين الصحي - النموذج (FORM B)

الرقم المرجعي للطفل

(إن وُجد)

اسم الطفل

تاريخ الميلاد

أقر أنا _____ (يرجى كتابة الاسم بحروف واضحة) ولي الأمر و/ أو الوصي القانوني على الطفل الذي ورد اسمه أعلاه اعتباراً من تاريخ اليوم، بأن هذا الطفل لا يتمتع بتغطية تأمين صحي. أفهم أن منسق خدمة برنامج التدخل المبكر المعين يجب أن يساعدني في تحديد خدمة التأمين الصحي التي يمكن أن يكون هذا الطفل مؤهلاً للحصول عليها، وتطبيقها. أفهم أيضاً أن هذا الطفل ليس مطالباً بأن يكون لديه تأمين صحي للحصول على خدمات برنامج التدخل المبكر.

التاريخ

توقيع ولي الأمر/ الوصي القانوني

يرجى ملاحظة: إذا تضمن نموذج "إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين صحي" القابل للتعبئة توقيباً إلكترونياً لولي الأمر/ الوصي القانوني، فيجب أن يشتمل هذا التوقيع أيضاً على علامة للتحقق من صحة التوقيع الإلكتروني (المتاحة عبر تطبيقات مثل Adobe Acrobat و DocuSign)، وما إلى ذلك، بحيث تتضمن تاريخ ووقت التوقيع على النموذج. في حال عدم توفر هذا الإجراء الوقائي، يجب طباعة نموذج "إقرار ولي الأمر بعدم وجود تأمين صحي" لتمكين ولي الأمر/ الوصي القانوني من التوقيع بالموافقة على النسخة الورقية.

مجموعة أدوات التأمين الصحي لمنسقي الخدمة (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

تفويض بالإفصاح عن معلومات التأمين الصحي - النموذج (Form C)
(Authorization to Release Health Insurance Information - Form C)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

العنصر السادس من مجموعة أدوات التأمين الصحي - النموذج (FORM C)

بموجب المادة (c)(3)2559 من قانون الصحة العامة بولاية نيويورك (NYS)

الرقم المرجعي للطفل _____

اسم (الطفل) المؤمن عليه _____

تاريخ الميلاد _____

اسم ولي الأمر/ الوصي القانوني _____

اسم شركة التأمين _____

اسم/ نوع خطة التأمين _____

عنوان شركة التأمين _____

رقم هاتف شركة التأمين _____

اسم صاحب البوليصة _____

عنوان صاحب البوليصة _____

رقم البوليصة/ المعرف _____

رقم معرف عضوية الطفل _____

رقم المجموعة (إن وُجد) _____

اسم منسق الخدمة _____

الوكالة التابع لها منسق الخدمة _____

عنوان منسق الخدمة _____

رقم هاتف منسق الخدمة _____

البلدية _____

أطلب وأسمح بالإفصاح عن معلومات تغطية التأمين الصحي الخاصة بالمؤمن عليه المذكور أعلاه لمنسق خدمة التدخل المبكر الخاص بطفلي وأسرتي، ومقدم (مقدمي) الخدمة، والبلدية التي تدير برنامج التدخل المبكر المحلي، وإدارة الصحة في ولاية نيويورك و/ أو الوكيل المالي للتدخل المبكر.

أسمح بتبادل المعلومات بين هذه الأطراف وشركة التأمين المذكورة أعلاه لأغراض تسهيل المطالبة والمساعدة في البت في المطالبات المتعلقة بالخدمات المقدمة في إطار برنامج التدخل المبكر:

توقيع ولي الأمر/ الوصي القانوني _____ تاريخ التوقيع _____

يرجى ملاحظة: إذا تضمن نموذج "تفويض بالإفصاح عن معلومات التأمين الصحي" القابل للتعبئة توقيعاً إلكترونياً لولي الأمر/ الوصي القانوني، فيجب أن يشتمل هذا التوقيع أيضاً على علامة تحقق إلكترونية (متاحة عبر تطبيقات مثل Adobe Acrobat وDocuSign وما إلى ذلك) تُبيّن تاريخ ووقت التوقيع على النموذج. في حال عدم توفر هذا الإجراء الوقائي، يجب طباعة نموذج "تفويض بالإفصاح عن معلومات التأمين الصحي" لتمكين ولي الأمر/ الوصي القانوني من التوقيع بالموافقة على النسخة الورقية.

تعليمات لمنسقي الخدمة:

جمع الإحالة المكتوبة من أولياء الأمور أو ممارسي الرعاية الصحية الأولية (PHL § 2559(3)(a))

المعلومات الأساسية

تقع على عاتق منسق الخدمة مسؤولية أن يجمع من الأسرة الإحالة المكتوبة من مقدم الرعاية الأولية للطفل (Primary Care Provider, PCP) لتوثيق الضرورة الطبية. تشترط المادة (a) 2559(3) § من قانون الصحة العامة (PHL) على أحد أولياء الأمر أو الوصي القانوني أن يقدم للبلدية ومنسق الخدمة إحالة مكتوبة من مقدم الرعاية الأولية (مثل الطبيب أو الممرض الممارس أو مساعد الطبيب) للأطفال المؤهلين بغرض الضرورة الطبية لخدمات برنامج التدخل المبكر.

هذا الشرط:

• يتعلق فقط بالأطفال المؤهلين لغرض المطالبة بسداد تكاليف خدمات برنامج التدخل المبكر

• ينطبق على خدمات مثل العلاج الطبيعي، وعلاج النطق واللغة، والعلاج الوظيفي، والسمعيات فقط، ولا ينطبق على خدمات مثل تنسيق الخدمات والتعليمات الخاصة التي لا تتطلب إحالة مكتوبة من مقدم الرعاية الأولية

• ليس شرطاً للأطفال للحصول على خدمات برنامج التدخل المبكر

النموذج

ويرد في مجموعة الأدوات نموذج إحالة عينة (النموذج (Form D)، إحالة مكتوبة من ممارس الرعاية الصحية الأولية) يمكن استخدامه في التواصل مع ممارس الرعاية الصحية الأولية للطفل عند محاولة الحصول على إحالة. هذا نموذج عينة فقط. يمكن لمقدم الرعاية الأولية استخدام نموذج الإحالة الخاص به.

الإجراء

خلال الزيارة المنزلية الأولية، يكون منسق الخدمة مسؤولاً عن جمع معلومات التأمين الصحي للطفل. يجب على منسقي الخدمات مراجعة معلومات التأمين الصحي مع ولي الأمر كل ثلاثة أشهر على الأقل وتحديث معلومات التأمين الصحي في النماذج المطلوبة وفي نظام بيانات الولاية في أي وقت تحدث فيه تغييرات.

وإذا كان الطفل يتمتع بتغطية تأمين صحي، يقوم منسق الخدمة بتنفيذ الخطوات التالية:

• يناقش منسق الخدمة مع أولياء الأمور الحاجة إلى جمع إحالة مكتوبة من مقدم الرعاية الأولية للطفل للخدمات المصرح بها في خطة خدمات الأسرة الفردية للطفل لدعم الضرورة الطبية. يمكن لمنسقي الخدمة الرجوع إلى النموذج (Form D)، إحالة مكتوبة من ممارس الرعاية الصحية الأولية، عند شرح الحاجة إلى هذه الخطوة لولي الأمر.

• يملأ منسق الخدمة المعلومات الموجودة في الجزء العلوي من نموذج الإحالة ويسرد الخدمات الموجودة في خطة خدمات الأسرة الفردية للطفل في الجزء المناسب باتجاه أسفل النموذج. إذا كان ولي الأمر غير قادر على جمع الإحالة المكتوبة من مقدم الرعاية الصحية الأولية، ينبغي لمنسق الخدمة تيسير العملية من خلال التواصل مع مقدم الرعاية الصحية الأولية، بموافقة أولياء الأمور، وإرسال نموذج الإحالة إلى مقدم الرعاية الصحية الأولية. قد تكون هناك حاجة إلى إجراء مكالمات متابعة مع مقدم الرعاية الأولية لجمع الإحالة المكتوبة.

• بمجرد توقيع نموذج الإحالة المكتوبة وإعادته من مقدم الرعاية الأولية:

- يوثق منسق الخدمة هذه المعلومات في نظام بيانات الولاية.

- يبلغ منسق الخدمة مقدمي خدمات برنامج التدخل المبكر للطفل بأنه تم الحصول على إحالة مكتوبة من مقدم الرعاية الأولية للطفل لتوثيق الضرورة الطبية للمطالبة. يمكن إرسال هذا النموذج إلى مقدم الخدمة عند الطلب.

- يقوم منسق الخدمة بتضمين نموذج الإحالة المكتوبة المكتمل في سجل الطفل والاحتفاظ به.

معلومات مهمة

- ينبغي الحصول على الإحالة المكتوبة من مقدم الرعاية الأولية الخاص بالطفل، ومع ذلك، إذا لم يكن لدى الطفل مقدم رعاية أولية، فيمكن الحصول على الإحالة من أي مقدم رعاية أولية يكون على دراية بخطة الرعاية الطبية للطفل وحالته. يمكن أن يشمل ذلك الممارس الذي ربما يكون قد أجرى التقييم الصحي للطفل كجزء من التقييم الأولي المتعدد التخصصات للطفل لتحديد أهلية حصوله على خدمات التدخل المبكر.
- يمكن تقديم الإحالة المكتوبة من قبل طبيب أو ممرض ممارس أو مساعد طبيب.
- لا يلزم الحصول على الإحالة المكتوبة إلا مرة واحدة لكل خدمة مغطاة. يجب الحصول على إحالة مكتوبة لجميع الخدمات (بخلاف تنسيق الخدمات والتعليمات الخاصة) المُضافة إلى خطة خدمات الأسرة الفردية في أثناء مشاركة الطفل في برنامج التدخل المبكر.
- يمكن استخدام طلب الحصول على الخدمات، كما هو مطلوب في الباب 10 من NYCRR المادة 69-4.11(a)(10)(ii) لتنفيذ خطة خدمات الأسرة الفردية، لتلبية هذا الشرط. يستوفي طلب الحصول على خدمة معينة شرط إحالة مقدم الرعاية الأولية لتلك الخدمة إذا تم الحصول عليها من مقدم الرعاية الأولية للطفل أو، إذا لم يكن للطفل مقدم رعاية أولية، فيمكن الحصول عليها من أي مقدم رعاية أولية يكون على دراية بخطة الرعاية الطبية للطفل وحالته.

إذا كانت الأسرة تتمتع بتغطية تأمين صحي، يرجى تذكر ما يلي:

يتحمل منسق الخدمة مسؤولية ضمان الحصول على الإحالة المكتوبة من مقدم الرعاية الأولية للطفل. الإحالة المكتوبة مطلوبة للأطفال المسجلين في برنامج Medicaid أو الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid.

يرجى ملاحظة ما يلي: هذه الإحالة المكتوبة ليست شرطًا لتقديم الخدمة، بل للمطالبة فقط. يجب تقديم الخدمات المشمولة في خطة خدمات الأسرة الفردية للأطفال والأسر حتى وإن تعذر الحصول على إحالة مكتوبة من مقدم الرعاية الأولية. في مثل هذه الحالات، يجب أن تعكس الوثائق الموجودة في ملف الطفل وملاحظات تنسيق الخدمات أنه لا يمكن الحصول على الإحالة المكتوبة من مقدم الرعاية الأولية للطفل. ينبغي، ألا يُجرم الأطفال، تحت أي ظرف من الظروف، من الخدمات أو أن يتأخر حصولهم عليها بناءً على شرط الحصول على طلب مكتوب بالضرورة الطبية من مقدم الرعاية الصحية الأولية.

مجموعة أدوات التأمين الصحي لمنسقي الخدمة

(Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

توثيق الإحالة المكتوبة من ممارس الرعاية الصحية الأولية للضرورة الطبية - النموذج (Form D)
Written Referral from Primary Health Care Practitioner
(Documentation of Medical Necessity - Form D)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

العنصر الثامن من مجموعة أدوات التأمين الصحي - النموذج (FORM D)

الرقم المرجعي للطفل

اسم الطفل (الأول / الأوسط / الأخير)

تاريخ ميلاد الطفل

اسم ولي الأمر/ الوصي القانوني

رقم الهاتف

منسق الخدمة

رقم الهاتف

عزيزي ممارس الرعاية الأولية:

بموجب المادة 2559(3)(a) من قانون الصحة العامة لولاية نيويورك، يُطلب من أولياء الأمور تقديم برنامج التدخل المبكر مع إحالة مكتوبة من ممارس الرعاية الصحية الأولية كوثيقة للضرورة الطبية لخدمات التدخل المبكر للأطفال المؤهلين لذلك من خلال تقييم متعدد التخصصات لبرنامج التدخل المبكر. وتُطلب هذه المعلومات من أجل تيسير المطالبات ومعالجة هذه الخدمات. وضع مكتب التدخل المبكر هذا النموذج لتسهيل الإحالة الكاملة والدقيقة. ومع ذلك، يمكنك استخدام النموذج باختيارك بشرط أن يحتوي على جميع المعلومات المطلوبة. أشكرك على دعمك في تقديم المعلومات المطلوبة أدناه.

تقييم المريض والسجل المرضي ذي الصلة

التشخيص، بما يشمل الحالة التي تم تشخيصها أو تأخر النمو وقوانين التصنيف الدولي للأمراض (International Classification of Diseases, ICD) المصاحبة، فيما يتعلق بالحاجة إلى خدمات برنامج التدخل المبكر

خدمات برنامج التدخل المبكر المحددة في خطة خدمات الأسرة الفردية (Individualized Family Service Plan, IFSP) للطفل

رقم التفويض المسبق
(للاستخدام شركة التأمين فقط)

معدل التكرار/ المدة

نوع الخدمة

وفقاً لخطة الخدمة الفردية العائلية (IFSP)

وفقاً لخطة الخدمة الفردية العائلية (IFSP)

وفقاً لخطة الخدمة الفردية العائلية (IFSP)

وفقاً لخطة الخدمة الفردية العائلية (IFSP)

وفقاً لخطة الخدمة الفردية العائلية (IFSP)

وفقاً لخطة الخدمة الفردية العائلية (IFSP)

أفهم أن خدمات التدخل المبكر المذكورة أعلاه قد تتطلب مواصلة إجراء تقييم/ اختبار على أساس منتظم من قبل أخصائي مؤهل لتقييم مدى تقدم حالة الطفل. أُحيل (الطفل) إلى برنامج التدخل المبكر للحصول على الخدمات المحددة في خطة الخدمة الفردية العائلية الخاصة به.

توقيع الممارس (الأصلي) التاريخ

اسم الممارس (بحروف واضحة)

رقم الهاتف

عنوان الممارس

رقم رخصة ولاية نيويورك رقم تعريف مقدم الخدمة الوطني

الإرشادات المتعلقة بإصدار فواتير برنامج MEDICAID للأطفال المسجلين في خطط الرعاية المُدارة من برنامج MEDICAID

في جميع مقاطعات ولاية نيويورك تقريبًا، بمجرد تحديد أهلية الطفل للحصول على خدمات برنامج Medicaid، يُطلب منه الانضمام إلى خطة تأمين الرعاية المُدارة. يتم اقتطاع خدمات برنامج التدخل المبكر من الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid. **ولذلك، لا تُرسل فواتير مطالبات خدمات برنامج التدخل المبكر إلى شركة تأمين الرعاية المُدارة، بل تُرسل مباشرة إلى برنامج Medicaid على أساس سداد تكاليف مقابل الخدمة.** يجب تسجيل معلومات Medicaid ومعلومات الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid بشكل صحيح في نظام بيانات الولاية للمطالبات التي سيتم إرسالها/ توجيهها بشكل مناسب إلى Medicaid.

يجب على منسقي الخدمات والبلديات العمل معًا لضمان إدراج معلومات دقيقة في نظام بيانات الولاية وضمان تصحيح أي معلومات غير صحيحة تتعلق بمعلومات بوليصة الطفل في نظام بيانات الولاية، إذا لزم الأمر، في أقرب وقت ممكن لمنع إرسال المطالبات المستقبلية بصورة غير مناسبة إلى شركة تأمين الرعاية المُدارة. من الأهمية بمكان أن يعمل منسقو الخدمات مع البلديات والأسر حسب الحاجة اللازمة لتحديد الحالة المناسبة للتأمين الصحي للطفل و/ أو تغطية Medicaid.

يتولى منسقو الخدمات مسؤولية مراجعة معلومات التأمين الصحي للطفل وتحديثها كل ثلاثة أشهر على الأقل مع الأسر أو في أي وقت يحدث تغيير لدى الأسرة في حالة التأمين الصحي. في حالة الأطفال المسجلين في برنامج Medicaid، يجب أن يحصل منسق الخدمة على رقم تعريف العميل (CIN) في برنامج Medicaid الخاص بالطفل وأن يُدخل هذا الرقم في نظام بيانات الولاية لأغراض إعداد الفواتير. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يتحقق منسق الخدمات من معلومات خطة الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid لجميع الأطفال ضمن حالات عملهم ممن لديهم تغطية Medicaid. يجب أن تتسق المعلومات التي تم إدخالها في نظام بيانات الولاية مع المعلومات الواردة في نظام eMedNY.

يمكن لمنسقي الخدمة استخدام نظام التحقق من الأهلية لبرنامج Medicaid (Medicaid Eligibility Verification System, MEVS)، وهو نظام وصول هاتفي آلي يعمل باللمس للتحقق من حالة الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid. إذا تم تسجيل الطفل في خطة الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid، فسيحدد نظام MEVS خطة رعاية مُدارة بواسطة Medicaid وسيقدم معلومات تتمثل في اسم خطة الرعاية المُدارة وعنوان الخطة ورقم الهاتف الخاص بالخطة. يرجى الاطلاع على دليل MEVS المرجعي السريع الموجود في الرابط التالي لمعرفة التعليمات الخاصة باستخدام خط الهاتف: https://www.emedny.org/ProviderManuals/5010/MEVS%20Quick%20Reference%20Guides/5010_MEVS_Telephone_Quick_Reference_Guide.pdf

يمكن لوكالات تنسيق الخدمات ذات المعاملات الأكبر حجمًا (أكثر من 50 شهرًا) الحصول على المعلومات ذاتها من خلال ePACES، وهو تطبيق حاسوبي. للحصول على معلومات عن الوصول إلى/ استخدام ePACES، يرجى التواصل مع مركز اتصالات eMedNY على الرقم 1-800-343-9000.

بالإضافة إلى ذلك، تتوفر معلومات عن مقدمي خدمات الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid حسب المقاطعة، وتحدد هذه المعلومات الشركات التي تقدم خطط الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid في كل مقاطعة. وتتوفر المعلومات على الرابط التالي: http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/pdf/cnty_dir.pdf

تتطلب قواعد المطالبات لبرنامج Medicaid أن تتضمن المطالبة جميع معلومات بوليصة التأمين المحتملة للطفل. ويشمل ذلك الجزء الرئيسي من السياسة لخطة الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid للأطفال. إذا لم يتم تضمين هذه المعلومات في مطالبة Medicaid، فسيرفض برنامج Medicaid هذه المطالبة.

إذا كانت خطة الطفل عبارة عن رعاية مُدارة بواسطة Medicaid، فإنه يجب توثيق كل من معلومات رقم تعريف العميل (CIN) الخاصة ببرنامج Medicaid ومعلومات شركة تأمين الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid في نظام بيانات الولاية. ويجب الاحتفاظ بنسخة من جميع النماذج المكتملة في سجل الطفل ونظام بيانات الولاية.

للاطلاع على التعليمات المتعلقة بإدخال معلومات التأمين الصحي في نظام بيانات الولاية، يرجى الرجوع إلى دليل المستخدمين والمساعدات الوظيفية المتاحة.

لمزيد من المعلومات حول التسجيل أو الاستبعاد أو المعلومات العامة حول الرعاية المُدارة بواسطة Medicaid، يرجى زيارة موقع الرعاية المُدارة من قبل إدارة الصحة في ولاية نيويورك على الرابط http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/index.htm أو الاتصال بخدمة المساعدة الخاص بالرعاية المُدارة بواسطة Medicaid على الرقم 1-800-505-5678.