

टूल किट के आइटम्स

पृष्ठभूमि

1. सेवा संयोजक की स्वास्थ्य बीमा संबंधी ज़िम्मेदारियाँ - टूल किट आइटम 1
2. स्वास्थ्य बीमा के संबंध में माता-पिता को नोटिस - टूल किट आइटम 2
3. स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी इकट्ठा करना/माता-पिता द्वारा स्वास्थ्य बीमा न होने का सत्यापन के बारे में माता-पिता के लिए जानकारी और निर्देश - टूल किट आइटम 3
4. स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी इकट्ठा करना - टूल किट आइटम 4 (फ़ॉर्म ए)
5. माता-पिता द्वारा स्वास्थ्य बीमा न होने का सत्यापन - टूल किट आइटम 5 (फ़ॉर्म बी)
6. स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी जारी करने का अधिकार - टूल किट आइटम 6 (फ़ॉर्म सी)
7. सेवा संयोजकों के लिए निर्देश: माता-पिता या प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रैक्टिशर्स से लिखित रेफरल प्राप्त करना - टूल किट आइटम 7
8. प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रैक्टिशर से लिखित रेफरल - टूल किट आइटम 8 (फ़ॉर्म डी) जो पहले फ़ॉर्म ई था
9. Medicaid Managed Care प्लान्स में नामांकित बच्चों के लिए Medicaid की बिलिंग के बारे में मार्गदर्शन - टूल किट आइटम 9

नोट्स

- शुरुआती और जारी सेवा संयोजक की स्वास्थ्य बीमा संबंधी ज़िम्मेदारियों को जोड़ दिया गया है
- फ़ॉर्म बी अब माता-पिता द्वारा स्वास्थ्य बीमा न होने का सत्यापन है
- कवरेज की जानकारी के लिए अनुरोध (जो पहले फ़ॉर्म डी था) - हटा दिया गया है - यह अब लागू नहीं होता
- आवश्यक प्रतिस्थापन नोटिस - हटा दिया गया है - यह अब लागू नहीं होता
- NYES में गैर-विनियमित बीमा योजनाओं में प्रवेश करने संबंधी मार्गदर्शन - हटा दिया गया है - यह अब लागू नहीं होता

पृष्ठभूमि

New York State (न्यूयॉर्क राज्य) में प्रारंभिक हस्तक्षेप (Early Intervention) सेवाएं माता-पिता को बिना किसी लागत के प्रदान की जानी चाहिए। [PHL का सेक्शन 2557, 10 NYCRR सेक्शन 69-4.1(एम)(1)(iv)(डी)] Medicaid कवरेज वाले योग्य बच्चों के लिए सेवाओं का भुगतान Medicaid द्वारा किया जाता है। 29 दिसंबर, 2021 से पहले, प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं का भुगतान आंशिक रूप से योग्य बच्चे की स्वास्थ्य बीमा कवरेज के माध्यम से किया जाता था, यदि स्वास्थ्य बीमा योजना न्यूयॉर्क राज्य बीमा कानून (New York State Insurance Law, SIL) के तहत विनियमित थी।

29 दिसंबर, 2021 को, गवर्नर होचुल (Hochul) ने कानून (A.5339/S.5560A) पर हस्ताक्षर किए, जिसने प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के लिए दावों की प्रक्रिया और भुगतान के तरीके को काफी हद तक बदल दिया। यह कानून प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम द्वारा कवर किए गए लाइव्स पूल (Early Intervention Program Covered Lives Pool) की स्थापना करता है, जिसके लिए स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के मूल्यांकन द्वारा पूंजी प्रदान की जाती है। प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की पूल फंडिंग Medicaid द्वारा कवर न की जाने वाली प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाओं के म्युनिसिपल और स्टेट के हिस्सों के बराबर रकम प्रदान करती है। **अब कमर्शियल स्वास्थ्य बीमा को प्रारंभिक हस्तक्षेप के दावों के लिए बिल नहीं किया जाता।** कवर की गई सेवाओं के लिए Medicaid को तथा कवर न की गई सेवाओं के लिए म्युनिसिपल एस्करो खातों को दावों के लिए बिल करना जारी रहेगा।

नोट: सेवा संयोजकों को किसी बच्चे की स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी एकत्रित करना और उसे दस्तावेज़ में दर्ज करना जारी रखना होगा।

इस स्वास्थ्य बीमा टूल किट को संशोधित किया गया है ताकि सेवा संयोजकों को किसी बच्चे/परिवार की स्वास्थ्य बीमा कवरेज संबंधी जानकारी एकत्रित करने और उसे दस्तावेज़ में दर्ज करने से संबंधित प्रारंभिक हस्तक्षेप से जुड़ी सभी ज़िम्मेदारियों को पूरा करने के लिए ज़रूरी जानकारी प्रदान की जा सके।

सेवा संयोजक की स्वास्थ्य बीमा संबंधी ज़िम्मेदारियाँ

- माता-पिता/कानूनी अभिभावक को **स्वास्थ्य बीमा के संबंध में माता-पिता को नोटिस** (टूल किट आइटम 2) की एक कॉपी प्रदान करना और माता-पिता के साथ इस जानकारी की समीक्षा करना। प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम के विनियमों की आवश्यकता के बारे में परिवार के साथ चर्चा करना, ताकि सेवा संयोजक प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाओं के लिए प्रारंभिक हस्तक्षेप की भरपाई में सहायता के लिए प्रारंभिक हस्तक्षेप वाले बच्चे की स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी एकत्रित कर सकें और माता-पिता वह जानकारी प्रदान कर सकें।
 - न्यूयॉर्क राज्य सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून (New York State Public Health Law, PHL) के तहत, प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाएं माता-पिता को बिना किसी लागत के प्रदान की जानी चाहिए। [PHL का सेक्शन 2557, 10 NYCRR सेक्शन 69-4.1(एम)(1)(iv)(डी)]
 - Medicaid न्यूयॉर्क राज्य की प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के लिए भुगतान प्रणाली का हिस्सा है।** Medicaid कवरेज वाले योग्य बच्चों के लिए सेवाओं का भुगतान Medicaid द्वारा किया जाता है। Medicaid की रकम और प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम द्वारा कवर किए गए लाइव्स पूल, जिसके लिए बीमा योजनाओं के मूल्यांकन द्वारा पूँजी प्रदान की जाती है, के माध्यम से उपलब्ध रकम, दोनों प्रोग्राम के लिए भुगतान प्रणाली का हिस्सा हैं। प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की पूल फंडिंग Medicaid द्वारा कवर न की जाने वाली प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाओं के म्युनिसिपल और स्टेट के हिस्सों के बराबर रकम प्रदान करती है। कवर की गई सेवाओं के लिए Medicaid को तथा कवर न की गई सेवाओं के लिए म्युनिसिपल एस्क्रो को दावों के लिए बिल करना जारी रहेगा।

ज़रूरी नोट: अब कमर्शियल स्वास्थ्य बीमा को प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम के दावों के लिए बिल नहीं किया जाता।
 - यदि प्रदाता का दावा प्रारंभिक हस्तक्षेप बिलिंग के अन्य सभी लागू नियमों और दावा करने के नियमों को पूरा करता है, तो प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रदाताओं को उन सेवाओं के लिए म्युनिसिपल रकम (एस्क्रो खाता) से प्रारंभिक हस्तक्षेप भुगतान प्राप्त होगा, Medicaid द्वारा जिनका पूरा भुगतान नहीं किया गया जाता।
 - Medicaid प्रोग्राम राज्य द्वारा स्थापित की गई, न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग (New York State Department of Health) के प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवा की भुगतान दरों के अनुसार प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाओं के लिए भुगतान करता है।
 - प्रदाताओं के लिए माता-पिता से प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाओं के लिए भुगतान की मांग करना प्रतिबंधित है।
 - बच्चे की वैयक्तिकृत पारिवारिक सेवा योजना (Individualized Family Service Plan, IFSP) के अनुसार सभी योग्य बच्चों को प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाएं प्रदान की जानी चाहिए, जिनमें सेवा संयोजन और मूल्यांकन शामिल हैं। इसमें सभी बच्चे शामिल हैं, भले ही उनकी बीमा स्थिति कुछ भी हो।
 - यदि किसी बच्चे का बीमा नहीं है, तो सेवा संयोजक उन लाभ प्रोग्रामों को पहचानने और उनके लिए आवेदन करने में माता-पिता की सहायता करने के लिए ज़िम्मेदार है जिनके लिए परिवार योग्य हो सकता है, जिनमें Medicaid, Child Health Plus और सामाजिक सुरक्षा अक्षमता आय (Social Security Disability Income) शामिल हैं। हालाँकि, प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाएं प्रदान की जाएं, इसके लिए माता-पिता को किसी स्वास्थ्य बीमा प्रोग्राम में नामांकन की ज़रूरत नहीं है।
 - फ़ॉर्म ए**, (टूल किट आइटम 4), **स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी इकट्ठा करना**, का उपयोग सेवा संयोजक द्वारा स्वास्थ्य बीमा कवरेज के बारे में किसी बच्चे/परिवार की जानकारी एकत्रित करने के लिए किया जाना चाहिए।
 - फ़ॉर्म बी**, (टूल किट आइटम 5), **माता-पिता द्वारा स्वास्थ्य बीमा न होने का सत्यापन** है। यदि प्रारंभिक हस्तक्षेप वाले बच्चे के पास स्वास्थ्य बीमा कवरेज नहीं है तो माता-पिता को इस सत्यापन पर हस्ताक्षर करने होंगे। यदि बच्चे की स्वास्थ्य बीमा स्थिति में बदलाव होता है, तो सेवा संयोजकों को तिमाही के आधार पर या उससे ज़्यादा बार परिवार के साथ बच्चे की स्वास्थ्य बीमा कवरेज संबंधी जानकारी की समीक्षा करनी होगी। जब तक कि बच्चे को स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्राप्त न हो जाए और माता-पिता द्वारा **फ़ॉर्म ए** पूरा करने के बाद सेवा संयोजक द्वारा वह एकत्रित न किया जाए, माता-पिता को कम से कम तिमाही आधार पर न सत्यापन पर हस्ताक्षर करने होंगे।
 - माता-पिता द्वारा स्वास्थ्य बीमा के संबंध में उचित फ़ॉर्म (**फ़ॉर्म ए** भरने के बाद या यदि कोई स्वास्थ्य बीमा कवरेज नहीं है, **फ़ॉर्म बी**), राजकीय डेटा प्रणाली में जानकारी दर्ज की जानी चाहिए और फ़ॉर्म को बच्चे की फ़ाइल में बरकरार रखा जाना चाहिए। सेवा संयोजक सभी बिलिंग प्रदाताओं और म्युनिसिपैलिटी को सूचित करेगा कि स्वास्थ्य बीमा जानकारी का पूरा दस्तावेज़ बच्चे की फ़ाइल में उपलब्ध है और यदि अनुरोध किया जाता है, तो अनुरोध प्राप्त होने के 14 दिनों के भीतर उन्हें डाक द्वारा हार्ड कॉपी भेज दी जाएगी।
- **यदि परिवार के पास Medicaid कार्ड और Medicaid बच्चा पहचान नंबर (Child Identification Number, CIN) हैं, तो वर्तमान राजकीय डेटा प्रणाली में CIN दर्ज किया जाना चाहिए। यदि Medicaid कवरेज एक प्रबंधित देखभाल योजना (Managed Care Plan) है, तो राजकीय डेटा प्रणाली में प्रबंधित देखभाल बीमा कंपनी/बीमा संबंधी जानकारी भी दर्ज की जानी चाहिए।**
- कृपया ध्यान दें:**
स्वास्थ्य खर्च खाते/स्वास्थ्य बचत खाते (Health Spending Accounts/Health Savings Accounts, HSAs) चिकित्सीय बचत खाते होते हैं और इन्हें स्वास्थ्य बीमा **नहीं** माना जाता; इस प्रकार के खातों से संबंधित जानकारी सेवा संयोजक द्वारा इकट्ठा **नहीं** की जानी चाहिए या राजकीय डेटा प्रणाली में बच्चे की फ़ाइल में दर्ज की जानी चाहिए।
- प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम को स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी प्रदान करते समय परिवारों के लिए सुरक्षा:
 - माता-पिता प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाओं के लिए डिडक्टिबल या को-पेमेन्ट जैसे खुद चुकाने वाले किसी खर्च का भुगतान नहीं करते।
 - प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम द्वारा स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी इकट्ठा करने से परिवार की किसी भी स्वास्थ्य बीमा कवरेज पर नकारात्मक प्रभाव नहीं पड़ता।
- परिवार से स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी संबंधी जानकारी इकट्ठा करना (10 NYCRR सेक्शन 69-4.6(डी))।
 - सेवा संयोजकों को यह निर्धारित करना चाहिए कि परिवार के पास प्रारंभिक हस्तक्षेप वाले बच्चे के लिए स्वास्थ्य बीमा है या नहीं, तथा परिवार को भरने के लिए उचित फ़ॉर्म और निर्देश उपलब्ध कराने चाहिए।
 - सेवा संयोजकों को माता-पिता के साथ **फ़ॉर्म ए और बी** की समीक्षा करनी चाहिए और उचित फ़ॉर्म को भरने में उनकी सहायता करनी चाहिए।
 - यदि परिवार के पास बच्चे के लिए स्वास्थ्य बीमा है, तो परिवार को **फ़ॉर्म ए (स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी इकट्ठा करना)** दें।
 - यदि किसी परिवार के पास स्वास्थ्य बीमा कवरेज नहीं है, तो सेवा संयोजक माता-पिता को भरने के लिए **फ़ॉर्म बी (माता-पिता द्वारा स्वास्थ्य बीमा न होने का सत्यापन)** प्रदान करेगा।

- बी. माता-पिता को यह समझाना कि यदि कोई बच्चा प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम में भाग ले रहा है, तो किसी भी समय बच्चे की स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी, Medicaid और Child Health Plus सहित, में कोई परिवर्तन होने पर उन्हें प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा संयोजक को उसके बारे में बताना चाहिए। सेवा संयोजक को तिमाही के आधार पर परिवार के साथ बच्चे की स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी की समीक्षा करनी होगी।
- सी. सेवा संयोजकों को प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम में स्वास्थ्य बीमा और बच्चे की स्वास्थ्य बीमा कवरेज के संबंध में माता-पिता के साथ की गई चर्चाओं को प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा संयोजन नोट्स में दर्ज करना होगा। जब माता-पिता के साथ तिमाही के आधार पर स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी की समीक्षा की जाती है:
- फ़ॉर्म ए** में, सेवा संयोजक को फ़ॉर्म पर आद्याक्षर करके तिथि लिखनी चाहिए जिससे यह पता चले कि माता-पिता के साथ जानकारी की समीक्षा की गई थी। सेवा संयोजक यह भी बताएगा कि क्या फ़ॉर्म में दी गई जानकारी “कोई बदलाव नहीं” दर्शाती है या क्या “नए” अपडेट किए गए फ़ॉर्म की ज़रूरत है।
 - यदि स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी को अपडेट करने के लिए एक नए **फ़ॉर्म ए** की ज़रूरत है, तो माता-पिता को वह प्रदान किया जाना चाहिए। नया फ़ॉर्म भरकर सेवा संयोजक को लौटाने के बाद, वह राजकीय डेटा प्रणाली में दर्ज किया जाना चाहिए और बच्चे की फ़ाइल में रखा जाना चाहिए।
 - यदि बच्चे के पास कोई स्वास्थ्य बीमा कवरेज नहीं थी और माता-पिता ने पहले **फ़ॉर्म बी**, भरा था, और समीक्षा करने के बाद, बच्चे के पास कोई स्वास्थ्य बीमा कवरेज नहीं है, तो एक नया **फ़ॉर्म बी**, **माता-पिता द्वारा स्वास्थ्य बीमा न होने का सत्यापन** माता-पिता द्वारा भरा जाना चाहिए और सेवा संयोजक द्वारा एकत्रित किया जाना चाहिए जो फ़ॉर्म को बच्चे की फ़ाइल में बरकरार रखेगा।
 - यदि किसी बच्चे के पास, प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम में भाग लेने के दौरान, कोई स्वास्थ्य बीमा कवरेज थी, लेकिन समीक्षा करने पर, अब कवरेज नहीं है, तो माता-पिता को **माता-पिता द्वारा स्वास्थ्य बीमा न होने का सत्यापन (फ़ॉर्म बी)** भरना होगा, उस पर हस्ताक्षर करके तिथि लिखनी होगी, जिसे सेवा संयोजक द्वारा एकत्रित किया जाएगा, जो फिर फ़ॉर्म में दी गई जानकारी को राजकीय डेटा प्रणाली में दर्ज करेगा और फ़ॉर्म को बच्चे की फ़ाइल में बरकरार रखेगा।
- डी. सेवा संयोजकों को **फ़ॉर्म सी** (टूल किट आइटम 6), **स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी जारी करने का अधिकार** को पूरा करने में माता-पिता की सहायता करनी होगी।
- यह वह नोटिस है जिस पर हस्ताक्षर करके माता-पिता बच्चे की स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी को सेवा संयोजक और म्युनिसिपैलिटी को जारी करने का अधिकार देते हैं।
4. प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाओं की चिकित्सा आवश्यकता के दस्तावेज़ के रूप में माता-पिता से बच्चे के प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से लिखित रेफ़रल प्राप्त करना।
- सेवा संयोजक की स्वास्थ्य बीमा संबंधी ज़िम्मेदारियाँ** (टूल किट आइटम 1) और **माता-पिता या प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रैक्टिशर से लिखित रेफ़रल प्राप्त करना** (टूल किट आइटम 7) में प्रदान किए गए लिखित रेफ़रल के संबंध में मार्गदर्शन देखें।
- बी. इस उद्देश्य के लिए ज़रूरत के मुताबिक **फ़ॉर्म डी** (टूल किट आइटम 8), **प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रैक्टिशर से लिखित रेफ़रल** का उपयोग करें।
- सी. बच्चे के प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम प्रदाताओं को सूचित करें कि प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के लिए चिकित्सा आवश्यकता को दर्ज करने के लिए बच्चे के प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रैक्टिशर से लिखित रेफ़रल प्राप्त किया गया है।
- *सेवा संयोजकों के लिए यह जानना ज़रूरी है कि किसी बच्चे की वैयक्तिकृत पारिवारिक सेवा योजना में अधिकृत सेवाएं समय पर शुरू होनी चाहिए। यदि चिकित्सा आवश्यकता के लिए लिखित रेफ़रल अभी तक प्रदान नहीं किया गया है तो सेवाओं में कभी देरी नहीं होनी चाहिए।**
5. सेवा संयोजकों को प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम में स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी प्राप्त करने के लिए किए गए सभी प्रयासों और स्वास्थ्य बीमा के संबंध में परिवार के साथ की गई चर्चाओं को दस्तावेज़ में दर्ज करना होगा। प्राप्त हुई सारी जानकारी सेवा संयोजक द्वारा इस प्रकार बरकरार रखी जानी चाहिए:
- प्रत्येक भरे हुए फ़ॉर्म के ऊपरी बाएं भाग में बच्चे का रेफ़रेंस नंबर भरें।
 - यदि स्वास्थ्य बीमा **नहीं** बदला है, तो कम से कम तिमाही के आधार पर, या यदि ज़रूरी हो तो बार-बार, **फ़ॉर्म ए, स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी इकट्ठा करना**, की समीक्षा करके उस पर आद्याक्षर करें। यदि स्वास्थ्य बीमा बदल गया है, तो **फ़ॉर्म ए** को अपडेट करें और माता-पिता से फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करवाकर तिथि लिखवाएं। अपडेट की गई जानकारी को राजकीय डेटा प्रणाली में दर्ज करें और फ़ॉर्म को बच्चे की फ़ाइल में बरकरार रखें।
 - स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी प्राप्त करने के लिए किए गए सभी प्रयासों को सेवा संयोजन नोट्स में दर्ज करें।
 - माता-पिता से एकत्रित की गई बच्चे की और परिवार की स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी, जिसमें Medicaid, Medicaid Managed Care, और Child Health Plus पॉलिसी की जानकारी शामिल है, को सीधे राजकीय डेटा प्रणाली में दर्ज करें। सेवा संयोजक या म्युनिसिपैलिटी के साथ स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी के किसी भी आदान-प्रदान से पहले माता-पिता द्वारा **फ़ॉर्म सी, स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी जारी करने का अधिकार**, हस्ताक्षर किए जाने चाहिए।
 - माता-पिता से सारी स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी एकत्रित करने के बाद, सेवा संयोजक इस जानकारी को राजकीय डेटा प्रणाली में दर्ज करेगा।
 - एफ़. भरे गए सभी स्वास्थ्य बीमा फ़ॉर्मों की एक कॉपी बच्चे के रिकॉर्ड में रखें।

स्वास्थ्य बीम के संबंध में माता/पिता को नोटिस

न्यूयॉर्क राज्य में, प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएं परिवारों को बिना किसी लागत के प्रदान की जानी चाहिए। प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम के लिए न्यूयॉर्क राज्य की भुगतान प्रणाली में प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं की भरपाई करने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा (जैसे Medicaid और Child Health Plus) का इस्तेमाल शामिल है;

29 दिसंबर, 2021 को, गवर्नर होचुल ने कानून (A.5339/S.5560A) पर हस्ताक्षर किए, जिसने प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाओं के लिए दावों की प्रक्रिया और भुगतान के तरीके को काफी हद तक बदल दिया। यह कानून प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम द्वारा कवर किए गए लाइव्स पूल (Early Intervention Program Covered Lives Pool) की स्थापना करता है, जिसके लिए स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के मूल्यांकन द्वारा पूंजी प्रदान की जाती है। प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की पूल फंडिंग Medicaid द्वारा कवर न की जाने वाली प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाओं के म्युनिसिपल और स्टेट के हिस्सों के बराबर रकम प्रदान करती है। कवर की गई सेवाओं के लिए Medicaid को बिल किया जाता है और कवर न की गई सेवाओं के लिए म्युनिसिपल एस्करो के माध्यम से भुगतान किया जाता है।

Medicaid और निजी स्वास्थ्य बीमा

यदि आपके परिवार के पास निजी स्वास्थ्य बीमा और सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा (Medicaid) दोनों कवरेज हैं, तो प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के भुगतान के दावों का भुगतान करने के लिए, सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा (Medicaid) को बिल किया जाएगा।

स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी इकट्ठा करना और बच्चे का सामाजिक सुरक्षा नंबर

न्यूयॉर्क राज्य सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून (PHL) के तहत:

आपके सेवा संयोजक को आपके बच्चे की स्वास्थ्य बीमा कवरेज, जिसमें सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य बीमा शामिल हैं, के बारे में जानकारी और दस्तावेज़ एकत्रित करने होंगे और आपको भी वे उपलब्ध कराने होंगे। इस जानकारी में शामिल हैं: स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का प्रकार या स्वास्थ्य बेनिफिट्स प्लान, बीमा कंपनी या प्लान एडमिनिस्ट्रेटर का नाम, पॉलिसी या प्लान का पहचान नंबर, पॉलिसी में कवरेज का प्रकार और आपके इंशुरेंस को बिल भेजने के लिए आवश्यक कोई भी अन्य जानकारी। आपका सेवा संयोजक आपके अधिकारों तथा जिम्मेदारियों तथा कानून द्वारा परिवारों को दी गई सुरक्षा के बारे में बताएगा। [10 NYCRR सेक्शन 69 4.7(जी)-(एच)]

आपके प्रारंभिक हस्तक्षेप अधिकारी को आपके बच्चे का सामाजिक सुरक्षा नंबर एकत्रित करना होगा और आपको भी वह उपलब्ध कराना होगा। यह जानकारी सुरक्षित और गोपनीय तरीके से रखी जाएगी। [PHL§ 2552(2)]

न्यूयॉर्क राज्य में बीमा

जब प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के भुगतान के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा का उपयोग किया जाता है, तो न्यूयॉर्क राज्य सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून (PHL) और न्यूयॉर्क राज्य बीमा कानून (SIL) के तहत निम्न सुरक्षा सुनिश्चित की जाती है।

- आपके बच्चे को जिन प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं की ज़रूरत है, वे आपके परिवार को बिना किसी लागत के प्रदान की जाएंगी।** प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम में आपके बच्चे और परिवार को प्राप्त होने वाली किसी भी सेवा के लिए आपसे डिडक्टिबल या को-पेमेन्ट जैसे खुद चुकाने वाले खर्च का भुगतान करने के लिए नहीं कहा जा सकता। प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम सभी को-पेमेन्ट और डिडक्टिबल के भुगतान की व्यवस्था करेगा। [PHL§ 2557(1); PHL§ 2559(3)(बी)]
- आपके बच्चे और परिवार के लिए उपलब्ध प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएं आपके बीमा द्वारा कवर की गई सेवाओं तक सीमित नहीं होंगी।** आपके प्रारंभिक हस्तक्षेप अधिकारी को यह सुनिश्चित करना होगा कि आपके बच्चे को उचित प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएं प्रदान की जाती हैं, भले ही आपका बीमा इन सेवाओं को कवर न करता हो या आपके पास कोई बीमा न हो। [PHL§ 2552(1)]
- प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं का भुगतान करने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा (यानि, Medicaid) के इस्तेमाल से घर और समुदाय-आधारित वेइवर प्रोग्रामों के लिए आपके बच्चे की योग्यता प्रभावित नहीं होगी।**
- आपकी वैयक्तिकृत पारिवारिक सेवा योजना में प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएं अब भी प्रदान की जानी चाहिए भले ही आपके पास निजी या सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा कवरेज न हो।** प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम में भाग लेने की शर्त के रूप में आपसे स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्राप्त करने की अपेक्षा नहीं की जा सकती, हालाँकि यदि आप चुनते हैं तो आपका सेवा संयोजक सार्वजनिक लाभों के लिए रेफरल और आवेदन में आपकी सहायता कर सकता है। [PHL§ 2552(1); PHL§ 2559(1)]
- स्वास्थ्य खर्च खाते/स्वास्थ्य बचत खाते (HSAs) चिकित्सीय बचत खाते होते हैं और इन्हें स्वास्थ्य बीमा नहीं माना जाता।** इन खातों से संबंधित जानकारी आपके सेवा संयोजक द्वारा एकत्रित नहीं की जाएगी।

उचित कार्रवाई अधिकार

माता-पिता को असहमतियों या शिकायतों का समाधान करने के लिए उचित कार्रवाई की प्रक्रियाओं तक पहुँच प्राप्त करने का अधिकार है। इन उचित कार्रवाई अधिकारों में मध्यस्थता, निष्पक्ष सुनवाई का अवसर और/या सिस्टम शिकायत दर्ज करने का मौका शामिल है। सभी विकल्प स्वैच्छिक हैं और माता-पिता पर इनका कोई खर्च नहीं आएगा। [34 CFR § 303.431, § 303.436, § 303.441, § 303.434; PHL § 2549; 10 NYCRR सेक्शन 69-4.17]

- मध्यस्थता** किसी सामुदायिक विवाद समाधान केंद्र (Community Dispute Resolution Center) की ओर से किसी प्रशिक्षित मध्यस्थ द्वारा की जाने वाली एक प्रक्रिया है, जो अक्षमता वाले व्यक्तियों के लिए शिक्षा अधिनियम भाग सी (Individuals with Disabilities Education Act Part C) के तहत समझौता करने में पक्षों की सहायता करता है। कृपया ध्यान दें, मध्यस्थता प्रक्रिया का उपयोग माता-पिता के निष्पक्ष सुनवाई के अधिकार को अस्वीकार करने या उसमें देरी करने, या किसी अन्य उचित प्रक्रिया के अधिकार को अस्वीकार करने के लिए नहीं किया जा सकता।
- निष्पक्ष सुनवाई** सुनवाई अधिकारियों (स्वास्थ्य आयुक्त (Commissioner of Health) या उनके नामित व्यक्ति द्वारा नियुक्त प्रशासनिक कानून न्यायाधीशों) द्वारा की जाती है और इसका उपयोग माता-पिता और प्रारंभिक हस्तक्षेप अधिकारी के बीच विवादों को निपटाने के लिए किया जाता है। यदि कोई बच्चा किसी मूल्यांकनकर्ता द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए आयोज्य पाया जाता है, तो माता-पिता एक निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध कर सकते हैं, बशर्तें अगर वह अनुरोध बच्चे के आयोज्य पाए जाने की तिथि के बाद 6-महीने के भीतर किया जाता है।

- **एक सिस्टम शिकायत** तब दर्ज की जा सकती है यदि माता-पिता या कोई भी पक्ष यह मानता है कि प्रमुख एजेंसी, प्रारंभिक हस्तक्षेप अधिकारी, सेवा समन्वयक, मूल्यांकनकर्ता, या सेवा प्रदाता कानून, नियमों या विनियमों के तहत अपना काम नहीं कर रहा है। यह शिकायत न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग, प्रारंभिक हस्तक्षेप कार्यालय निदेशक (Director of the Bureau of Early Intervention) को लिखित रूप से की जानी चाहिए, तथा कथित उल्लंघन की तिथि के बाद एक साल से कम समय में इस पर हस्ताक्षर करके इसे प्राप्त किया जाना चाहिए। शिकायत की एक प्रति बच्चे के सेवा संयोजक, काउंटी के प्रारंभिक हस्तक्षेप अधिकारी और ऐसे किसी भी प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रदाता(ओं) को भेजी जानी चाहिए, जो शिकायत के अधीन हो।

इन उपलब्ध विकल्पों में से प्रत्येक के बारे में अतिरिक्त जानकारी के लिए, कृपया [प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम के लिए माता-पिता के लिए मूलभूत मार्गदर्शिका \(Parent's Basic Guide to the Early Intervention Program\)](#) में और health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/ पर प्रारंभिक हस्तक्षेप कार्यालय (Bureau of Early Intervention) के वेबपेज पर दी गई जानकारी देखें। यदि इस नोटिस में दी गई जानकारी के बारे में आपका कोई भी प्रश्न है, तो कृपया अपने सेवा संयोजक या प्रारंभिक हस्तक्षेप अधिकारी से पूछें, अथवा फ़ोन द्वारा 518-473-7016 पर न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग के प्रारंभिक हस्तक्षेप कार्यालय से संपर्क करें या beipub@health.ny.gov पर ईमेल करें।

माता-पिता के लिए जानकारी और निर्देश

स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी इकट्ठा करना - फ़ॉर्म ए

माता-पिता द्वारा स्वास्थ्य बीमा न होने का सत्यापन - फ़ॉर्म बी

बच्चे की स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी: (फ़ॉर्म ए)

न्यूयॉर्क राज्य में, परिवारों को प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएं बिना किसी लागत के प्रदान की जानी चाहिए। हालाँकि, प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम के लिए न्यूयॉर्क राज्य की भुगतान प्रणाली में प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं की भरपाई करने के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य बीमा (जैसे Medicaid और Child Health Plus) का इस्तेमाल शामिल है;

10 NYCRR 69-4.7 में यह प्रावधान है कि **आपके सेवा संयोजक को आपके बच्चे की स्वास्थ्य बीमा कवरेज, जिसमें सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य बीमा शामिल हैं, के बारे में जानकारी और दस्तावेज़ एकत्रित करने होंगे और आपको भी वे उपलब्ध कराने होंगे।** इस जानकारी में शामिल हैं: स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का प्रकार या स्वास्थ्य बेनिफिट्स प्लान, बीमा कंपनी या प्लान एडमिनिस्ट्रेटर का नाम, पॉलिसी या प्लान का पहचान नंबर, पॉलिसी में कवरेज का प्रकार और सेवाओं के लिए प्रदाताओं को भरपाई करने के लिए आवश्यक कोई भी अन्य जानकारी। आपके सेवा संयोजक को आपके अधिकारों तथा ज़िम्मेदारियों तथा कानून द्वारा आपके परिवार को दी गई सुरक्षा के बारे में बताना होगा।

स्वास्थ्य बीमा फ़ॉर्म भरना

आपका सेवा संयोजक आवश्यक फ़ॉर्म भरने में आपकी सहायता कर सकता है।

- कृपया सुनिश्चित करें कि आवश्यक फ़ॉर्म पूरी तरह और सही तरीके से भरे गए हैं।
- आपके सेवा संयोजक को कम से कम तिमाही के आधार पर आपके साथ बच्चे की स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी की समीक्षा करनी होगी। यदि आपके स्वास्थ्य बीमा में परिवर्तन होता है, या अब आपके पास स्वास्थ्य बीमा कवरेज नहीं है, तो आपको अपडेट किया गया फ़ॉर्म भरना होगा।

यदि आपके बच्चे के स्वास्थ्य बीमा कवरेज में परिवर्तन होता है तो कृपया अपने सेवा संयोजक को सूचित करें।

स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी इकट्ठा करना (फ़ॉर्म ए)

यदि आपके बच्चे के पास दो या अधिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ हैं, तो आपको प्रत्येक पॉलिसी के लिए जानकारी प्रदान करनी होगी (नीचे उदाहरण दिए गए हैं)।

- यदि आपके बच्चे के पास दो अलग-अलग निजी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ हैं, तो आप दोनों पॉलिसियों की जानकारी शामिल करेंगे।
- यदि आपके बच्चे के पास Medicaid और एक निजी स्वास्थ्य बीमा है, तो आप Medicaid बच्चा पहचान नंबर (CIN) और निजी स्वास्थ्य बीमा की जानकारी शामिल करेंगे।
- यदि आपके बच्चे के पास Medicaid Managed Care है, तो Medicaid बच्चा पहचान नंबर (CIN) और Medicaid Managed Care बीमा कंपनी की जानकारी, दोनों को बीमा जानकारी सेक्शन में दर्ज किया जाएगा।
- यदि आपके बच्चे के पास Medicaid Managed Care और एक निजी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी हैं, तो आप Medicaid बच्चा पहचान नंबर (CIN), Medicaid Managed Care बीमा कंपनी की जानकारी, और निजी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी की जानकारी शामिल करेंगे।

उचित कार्रवाई अधिकार

माता-पिता को असहमतियों या शिकायतों का समाधान करने के लिए उचित कार्रवाई की प्रक्रियाओं तक पहुँच प्राप्त करने का अधिकार है। इन उचित कार्रवाई अधिकारों में मध्यस्थता, निष्पक्ष सुनवाई का अवसर और/या सिस्टम शिकायत दर्ज करने का मौका शामिल है। सभी विकल्प स्वैच्छिक हैं और माता-पिता पर इनका कोई खर्च नहीं आएगा। [34 CFR § 303.431, § 303.436, § 303.441, § 303.434; PHL § 2549; 10 NYCRR सेक्शन 69-4.17]

- **मध्यस्थता** किसी सामुदायिक विवाद समाधान केंद्र (Community Dispute Resolution Center) की ओर से किसी प्रशिक्षित मध्यस्थ द्वारा की जाने वाली एक प्रक्रिया है, जो अक्षमता वाले व्यक्तियों के लिए शिक्षा अधिनियम भाग सी (Individuals with Disabilities Education Act Part C) के तहत समझौता करने में पक्षों की सहायता करता है। कृपया ध्यान दें, मध्यस्थता प्रक्रिया का उपयोग माता-पिता के निष्पक्ष सुनवाई के अधिकार को अस्वीकार करने या उसमें देरी करने, या किसी अन्य उचित प्रक्रिया के अधिकार को अस्वीकार करने के लिए नहीं किया जा सकता।
- **निष्पक्ष सुनवाई** सुनवाई अधिकारियों (स्वास्थ्य आयुक्त (Commissioner of Health) या उनके नामित व्यक्ति द्वारा नियुक्त प्रशासनिक कानून न्यायाधीशों) द्वारा की जाती है और इसका उपयोग माता-पिता और प्रारंभिक हस्तक्षेप अधिकारी के बीच विवादों को निपटाने के लिए किया जाता है। यदि कोई बच्चा किसी मूल्यांकनकर्ता द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए आयोग पाया जाता है, तो माता-पिता एक निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध कर सकते हैं, बशर्ते अगर वह अनुरोध बच्चे के आयोग पाए जाने की तिथि के बाद 6-महीने के भीतर किया जाता है।

सेवा संयोजकों के लिए स्वास्थ्य बीमा टूल किट (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी इकट्ठा करना - फॉर्म ए
(Collection of Health Insurance Information - Form A)

स्वास्थ्य बीमा टूल किट आइटम 4 - फॉर्म ए

चाइल्ड रेफरेंस नंबर _____

बच्चे का नाम _____

जन्म _____ बच्चे का लिंग लड़का लड़की

प्राथमिक बीमा जानकारी

बीमा कंपनी/प्लान का नाम _____

बीमा कंपनी का बिलिंग पता _____

पॉलिसी/पहचान (आईडी) नंबर _____

बच्चे का सदस्य आईडी (यदि अलग है) _____

ग्रुप नंबर _____

पॉलिसी धारक का नाम _____

पॉलिसी धारक की जन्म तिथि _____

पॉलिसी धारक का पता _____

पॉलिसी धारक का फ़ोन नंबर _____

बच्चे से पॉलिसी धारक का संबंध _____

अन्य बीमा (यदि लागू हो)

बीमा कंपनी/प्लान का नाम _____

बीमा कंपनी का बिलिंग पता _____

पॉलिसी/आईडी नंबर _____

बच्चे का सदस्य आईडी (यदि अलग है) _____

ग्रुप नंबर _____

पॉलिसी धारक का नाम _____

पॉलिसी धारक की जन्म तिथि _____

पॉलिसी धारक का पता _____

पॉलिसी धारक का फ़ोन नंबर _____

बच्चे से पॉलिसी धारक का संबंध _____

Medicaid क्लायंट पहचान नंबर (CIN) (यदि लागू हो) _____ (2 अक्षर, 5 नंबर, 1 अक्षर)

माता-पिता/कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर _____ तिथि _____

कृपया ध्यान दें: अगर भरने लायक स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी इकट्ठा करना फॉर्म में माता-पिता/अभिभावक का हस्ताक्षर शामिल हो, तो हस्ताक्षर में एक इलेक्ट्रॉनिक हस्ताक्षर सत्यापन मार्कर शामिल होना चाहिए (Adobe Acrobat, DocuSign, आदि जैसे ऐप्लिकेशनों द्वारा उपलब्ध है), जिसमें फॉर्म पर हस्ताक्षर की तिथि और समय शामिल होना चाहिए। अगर वह सुरक्षा उपाय उपलब्ध न हो, तो स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी इकट्ठा करना फॉर्म को प्रिंट किया जाना चाहिए, ताकि माता-पिता/कानूनी अभिभावक कागज़ी प्रति पर सहमति के लिए हस्ताक्षर कर सकें।

बीमा संबंधी जानकारी की समीक्षा कम से कम तिमाही के आधार पर और किसी भी समय बच्चे की बीमा स्थिति में परिवर्तन होने पर की जानी चाहिए:

बीमा जानकारी की समीक्षा की गई: तिथि _____ आद्याक्षर _____ कोई बदलाव नहीं नया फॉर्म

बीमा जानकारी की समीक्षा की गई: तिथि _____ आद्याक्षर _____ कोई बदलाव नहीं नया फॉर्म

बीमा जानकारी की समीक्षा की गई: तिथि _____ आद्याक्षर _____ कोई बदलाव नहीं नया फॉर्म

बीमा जानकारी की समीक्षा की गई: तिथि _____ आद्याक्षर _____ कोई बदलाव नहीं नया फॉर्म

बीमा जानकारी की समीक्षा की गई: तिथि _____ आद्याक्षर _____ कोई बदलाव नहीं नया फॉर्म

सेवा संयोजकों के लिए स्वास्थ्य बीमा टूल किट (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

माता-पिता द्वारा स्वास्थ्य बीमा न होने का सत्यापन - फॉर्म बी
(Parent Attestation of No Health Insurance - Form B)

स्वास्थ्य बीमा टूल किट आइटम 5 - फॉर्म बी

चाइल्ड रेफरेंस नंबर _____

(यदि लागू हो)

बच्चे का नाम _____

जन्म तिथि _____

मैं _____ (कृपया नाम प्रिंट करें) बच्चे की माता/पिता और/या कानूनी अभिभावक जिसका नाम ऊपर दिया गया है, यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि आज की तारीख में, इस बच्चे के पास स्वास्थ्य बीमा कवरेज नहीं है। मैं समझता/समझती हूँ कि निर्दिष्ट किए गए प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम सेवा संयोजक को मुझे उस स्वास्थ्य बीमा की पहचान और आवेदन करने में मेरी सहायता करनी होगी जिसके लिए यह बच्चा योग्य हो सकता है। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाएं प्रदान किए जाने के लिए इस बच्चे को स्वास्थ्य बीमा कराने की ज़रूरत नहीं है।

माता-पिता/कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर _____ तिथि _____

कृपया ध्यान दें: अगर भरने लायक माता-पिता द्वारा स्वास्थ्य बीमा न होने का सत्यापन फॉर्म में माता-पिता/अभिभावक का हस्ताक्षर शामिल हो, तो हस्ताक्षर में एक इलेक्ट्रॉनिक हस्ताक्षर सत्यापन मार्कर शामिल होना चाहिए (Adobe Acrobat, DocuSign, आदि जैसे ऐप्लिकेशनों द्वारा उपलब्ध है), जिसमें फॉर्म पर हस्ताक्षर की तिथि और समय शामिल होना चाहिए। अगर वह सुरक्षा उपाय उपलब्ध न हो, तो माता-पिता द्वारा स्वास्थ्य बीमा न होने का सत्यापन फॉर्म को प्रिंट किया जाना चाहिए, ताकि माता-पिता/कानूनी अभिभावक कागज़ी प्रति पर सहमति के लिए हस्ताक्षर कर सकें।

सेवा संयोजकों के लिए स्वास्थ्य बीमा टूल किट (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी जारी करने का अधिकार - फॉर्म सी
(Authorization to Release Health Insurance Information - Form C)

स्वास्थ्य बीमा टूल किट आइटम 6 - फॉर्म सी

चाइल्ड रेफरेंस नंबर _____

न्यूयॉर्क राज्य (NYS) सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून (PHL) के सेक्शन 2559(3)(सी) के अनुसार

बीमाकृत व्यक्ति (बच्चे) का नाम _____

जन्म तिथि _____

माता-पिता/कानूनी अभिभावक का नाम _____

बीमा कंपनी का नाम _____

बीमा कंपनी का नाम/प्रकार _____

बीमा कंपनी का पता _____

बीमा कंपनी का फ़ोन नंबर _____

पॉलिसी धारक का नाम _____

पॉलिसी धारक का पता _____

पॉलिसी/आईडी नंबर _____

बच्चे का सदस्य आईडी नंबर _____

ग्रुप नंबर (यदि लागू हो) _____

सेवा संयोजक का नाम _____

सेवा संयोजक एजेंसी _____

सेवा संयोजक का पता _____

सेवा संयोजक का फ़ोन नंबर _____

म्युनिसिपैलिटी _____

मैं ऊपर नामित बीमाकृत व्यक्ति के लिए स्वास्थ्य बीमा कवरेज संबंधी जानकारी को अपने बच्चे और परिवार के प्रारंभिक हस्तक्षेप संयोजक, प्रदाता(ओं) स्थानीय प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम का संचालन करने वाली म्युनिसिपैलिटी, तथा न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग और/या उनके प्रारंभिक हस्तक्षेप वित्तीय एजेंट को जारी करने के लिए अनुरोध और अधिकृत करता/करती हूँ।

मैं प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम के तहत प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए दावा करने को आसान बनाने और दावों के निर्णय में सहायता करने के उद्देश्य से इन पक्षों और ऊपर नामित व्यक्ति के बीच जानकारी के आदान-प्रदान को अधिकृत करता/करती हूँ:

माता-पिता/कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर _____ हस्ताक्षर करने की तिथि _____

कृपया ध्यान दें: अगर भरने लायक स्वास्थ्य बीमा जानकारी जारी करने का अधिकार फॉर्म में माता-पिता/अभिभावक का हस्ताक्षर शामिल हो, तो हस्ताक्षर में एक इलेक्ट्रॉनिक हस्ताक्षर सत्यापन मार्कर शामिल होना चाहिए (Adobe Acrobat, DocuSign, आदि जैसे ऐप्लिकेशनों द्वारा उपलब्ध है), जिसमें फॉर्म पर हस्ताक्षर की तिथि और समय शामिल होना चाहिए। अगर वह सुरक्षा उपाय उपलब्ध न हो, तो स्वास्थ्य बीमा जानकारी जारी करने का अधिकार फॉर्म को प्रिंट किया जाना चाहिए, ताकि माता-पिता/कानूनी अभिभावक कागज़ी प्रति पर सहमति के लिए हस्ताक्षर कर सकें।

सेवा संयोजकों के लिए निर्देश: माता-पिता या प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रैक्टिशर्स से लिखित रेफरल प्राप्त करना [PHL § 2559(3)(ए)]

पृष्ठभूमि

यह सेवा संयोजक की ज़िम्मेदारी है कि वह चिकित्सा आवश्यकता को दर्ज करने के लिए परिवार से बच्चे के प्राथमिक देखभाल प्रदाता (primary care provider, PCP) से लिखित रेफरल प्राप्त करे।

सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून (PHL) § 2559(3)(ए) के तहत माता-पिता या कानूनी अभिभावक के लिए म्युनिसिपैलिटी या सेवा संयोजक को योग्य बच्चों के लिए प्राथमिक देखभाल प्रदाता (जैसे, फिज़िशियन, नर्स प्रैक्टिशर या फिज़िशियन का सहायक) से प्राप्त, प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं की चिकित्सा आवश्यकता का लिखित रेफरल प्रदान करना ज़रूरी है।

यह आवश्यकता:

- प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाओं के लिए भरपाई का दावा करने के उद्देश्य से केवल योग्य बच्चों से संबंधित है,
- केवल ऐसी सेवाओं के लिए लागू होती है जैसे फिज़िकल थेरेपी, स्पीच-लैंग्वेज थेरेपी, ऑक्युपेशनल थेरेपी और ऑडियोलॉजी, तथा ऐसी सेवाओं के लिए लागू नहीं होती जैसे सेवा संयोजन और विशेष निर्देश, जिनके लिए प्राथमिक देखभाल प्रदाता से लिखित रेफरल की ज़रूरत नहीं होती; और
- बच्चों के लिए प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाएं प्राप्त करने के लिए कोई आवश्यकता नहीं है।

फ़ॉर्म

टूल किट में एक सैंपल रेफरल फ़ॉर्म (फ़ॉर्म डी, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रैक्टिशर से लिखित रेफरल) शामिल है जिसका उपयोग रेफरल प्राप्त करने का प्रयास करते समय बच्चे के प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रैक्टिशर के साथ संचार में किया जा सकता है। यह केवल एक सैंपल फ़ॉर्म है। प्राथमिक देखभाल प्रदाता स्वयं अपने रेफरल फ़ॉर्म का उपयोग कर सकता है।

प्रक्रिया

शुरुआती होम विज़िट के दौरान, सेवा संयोजक बच्चे की स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी एकत्रित करने के लिए ज़िम्मेदार है। सेवा संयोजकों को कम से कम तिमाही के आधार पर माता-पिता के साथ स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी की समीक्षा करनी होगी तथा उसमें कभी भी परिवर्तन होने पर आवश्यक फ़ॉर्म और राजकीय डेटा प्रणाली में स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी अपडेट करनी होगी।

यदि बच्चे के पास स्वास्थ्य बीमा कवरेज है, तो सेवा संयोजक निम्न कदम उठाता है:

- सेवा संयोजक माता-पिता के साथ बच्चे के वैयक्तिकृत पारिवारिक सेवा प्लान में चिकित्सा आवश्यकता को पूरा करने के लिए अधिकृत सेवाओं के लिए बच्चे के प्राथमिक देखभाल प्रदाता से लिखित रेफरल प्राप्त करने की आवश्यकता पर चर्चा करता है। माता-पिता को इस कदम की आवश्यकता समझाते समय, सेवा संयोजक सैंपल फ़ॉर्म डी, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रैक्टिशर से लिखित रेफरल, को रेफर कर सकते हैं।
- सेवा संयोजक रेफरल फ़ॉर्म के ऊपरी बॉक्स में जानकारी भरता है और फ़ॉर्म के निचले भाग में उचित बॉक्स में बच्चे के वैयक्तिकृत पारिवारिक सेवा प्लान में शामिल सेवाओं को सूचीबद्ध करता है। यदि माता-पिता प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से लिखित रेफरल प्राप्त करने में असमर्थ हैं, तो सेवा संयोजक को, माता-पिता की सहमति से, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से संपर्क करके और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को सैंपल रेफरल फ़ॉर्म फ़ॉरवर्ड करके प्रक्रिया को आसान बनाना चाहिए। लिखित रेफरल प्राप्त करने के लिए प्राथमिक देखभाल प्रदाता को फ़ॉलो-आप कॉल करने की ज़रूरत पड़ सकती है।
- लिखित रेफरल फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर होने और प्राथमिक देखभाल प्रदाता द्वारा उसे वापस करने के बाद:
 - सेवा संयोजक इस जानकारी को राजकीय डेटा प्रणाली में दर्ज करता है।
 - सेवा संयोजक बच्चे के प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम प्रदाताओं को सूचित करता है कि दावा करने हेतु चिकित्सा आवश्यकता को दस्तावेज़ में दर्ज करने के लिए बच्चे के प्राथमिक देखभाल प्रदाता से लिखित रेफरल प्राप्त किया गया है। अनुरोध करने पर प्रदाता को यह फ़ॉर्म भेजा जा सकता है।
 - सेवा संयोजक पूरे भरे हुए लिखित रेफरल फ़ॉर्म को बच्चे के रिकॉर्ड में दर्ज करता है और उसे बरकरार रखता है।

ज़रूरी जानकारी

- लिखित रेफ़रल बच्चे के अपने प्राथमिक देखभाल प्रदाता से प्राप्त किया जाना चाहिए; हालाँकि, यदि बच्चे के पास प्राथमिक देखभाल प्रदाता नहीं है, तो ऐसे किसी भी प्राथमिक देखभाल प्रदाता से रेफ़रल प्राप्त किया जा सकता है जो बच्चे की चिकित्सा देखभाल और स्थिति से परिचित हो। इसमें वह प्रैक्टिशर भी शामिल हो सकता है जिसने प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के लिए योग्यता निर्धारित करने के लिए बच्चे के शुरुआती बहुविशेषज्ञता मूल्यांकन के तहत बच्चे का स्वास्थ्य मूल्यांकन किया हो।
- किसी फिज़िशियन, नर्स प्रैक्टिशर या फिज़िशियन के सहायक द्वारा लिखित रेफ़रल प्रदान किया जा सकता है।
- प्रत्येक कवर की गई सेवा के लिए केवल एक बार लिखित रेफ़रल प्राप्त करना आवश्यक है। प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम में बच्चे की सहभागिता के दौरान वैयक्तिकृत पारिवारिक सेवा प्लान में जोड़ी गई सभी सेवाओं (सेवा संयोजन और विशेष निर्देश के अलावा) के लिए लिखित रेफ़रल प्राप्त किया जाना चाहिए।
- सेवाओं के लिए एक आदेश, जैसा कि, एक वैयक्तिकृत पारिवारिक सेवा प्लान को पूरा करने के लिए, 10 NYCRR सेक्शन 69-4.11(ए)(10)(ii) में ज़रूरी है, इस आवश्यकता को पूरा करने के लिए इस्तेमाल किया जा सकता है। किसी विशिष्ट सेवा के लिए किया गया आदेश उस सेवा के लिए प्राथमिक देखभाल प्रदाता रेफ़रल की आवश्यकता को पूरा करता है, यदि वह बच्चे के प्राथमिक देखभाल प्रदाता से प्राप्त किया गया है या, यदि बच्चे के पास प्राथमिक देखभाल प्रदाता नहीं है, तो ऐसे किसी भी प्राथमिक देखभाल प्रदाता से रेफ़रल प्राप्त किया गया है जो बच्चे की चिकित्सा देखभाल और स्थिति से परिचित है।

यदि परिवार के पास स्वास्थ्य बीमा कवरेज है, तो कृपया याद रखें:

सेवा संयोजक यह सुनिश्चित करने के लिए ज़िम्मेदार है कि बच्चे के प्राथमिक देखभाल प्रदाता से लिखित रेफ़रल प्राप्त किया गया है। Medicaid या Medicaid Managed Care वाले बच्चों के लिए लिखित रेफ़रल की ज़रूरत होती है।

कृपया ध्यान दें: यह लिखित रेफ़रल सेवा प्रदान करने के लिए नहीं, केवल दावा करने के लिए आवश्यक है। वैयक्तिकृत पारिवारिक सेवा प्लान के अंतर्गत सेवाएं बच्चों और परिवारों को अवश्य प्रदान की जानी चाहिए, भले ही प्राथमिक देखभाल प्रदाता से लिखित रेफ़रल प्राप्त न किया जा सके। ऐसे मामलों में, बच्चे की फ़ाइल और सेवा संयोजन नोट्स में दर्ज जानकारी द्वारा यह दर्शाया जाना चाहिए कि बच्चे के प्राथमिक देखभाल प्रदाता से लिखित रेफ़रल प्राप्त नहीं किया जा सका। *किसी भी परिस्थिति में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से चिकित्सा आवश्यकता का लिखित आदेश प्राप्त करने की आवश्यकता के आधार पर बच्चों को सेवाओं से वंचित नहीं किया जाना चाहिए या सेवाओं में देरी नहीं होनी चाहिए।*

सेवा संयोजकों के लिए स्वास्थ्य बीमा टूल किट (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रैक्टिशर से लिखित रेफरल
चिकित्सा आवश्यकता का दस्तावेज़ - फ़ॉर्म डी
(Written Referral from Primary Health Care Practitioner
Documentation of Medical Necessity - Form D)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

स्वास्थ्य बीमा टूल किट आइटम 8 - फ़ॉर्म डी

चाइल्ड रेफरेंस नंबर _____

न्यूयॉर्क राज्य (NYS) सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून (PHL) के सेक्शन 2559(3)(सी) के अनुसार

बच्चे का नाम (नाम/मध्य आद्याक्षर/कुल नाम) _____

बच्चे की जन्म तिथि _____

माता-पिता/कानूनी अभिभावक का नाम _____

फ़ोन नंबर _____

सेवा संयोजक _____

फ़ोन नंबर _____

प्रिय प्राथमिक देखभाल प्रैक्टिशर:

न्यूयॉर्क राज्य सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून के सेक्शन 2559(3)(ए) के अनुसार, माता-पिता को प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम के लिए किसी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रैक्टिशर से लिखित रेफरल प्रदान करना होगा, जो प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम के लिए बहुविशेषज्ञता मूल्यांकन के माध्यम से योग्य पाए गए प्रारंभिक हस्तक्षेप वाले बच्चों के लिए प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं की चिकित्सा आवश्यकता के दस्तावेज़ के रूप में हो। यह जानकारी इन सेवाओं के लिए दावों पर कार्रवाई करने को आसान बनाने के लिए माँगी जाती है। प्रारंभिक हस्तक्षेप कार्यालय ने पूर्ण और सटीक रेफरल को आसान बनाने के लिए इस फ़ॉर्म को विकसित किया है। हालाँकि, आप अपनी पसंद का फ़ॉर्म इस्तेमाल कर सकते हैं, बशर्तें उसमें सारी आवश्यक जानकारी हो। नीचे माँगी गई जानकारी उपलब्ध कराने में आपके सहयोग के लिए धन्यवाद।

रोगी का मूल्यांकन और प्रासंगिक चिकित्सा इतिहास _____

प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाओं की आवश्यकता से संबंधित निदान, जिसमें निदान की गई स्थिति या विकास संबंधी देरी और साथ में रोगों का अंतरराष्ट्रीय वर्गीकरण (International Classification of Diseases, ICD) कोड शामिल है _____

बच्चे के वैयक्तिकृत पारिवारिक सेवा प्लान (IFSP) में पहचानी गई प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाएं

सेवा का प्रकार	आवृत्ति/अवधि
_____	IFSP के अनुसार _____
_____	IFSP के अनुसार _____
_____	IFSP के अनुसार _____
_____	IFSP के अनुसार _____
_____	IFSP के अनुसार _____
_____	IFSP के अनुसार _____

पूर्व प्राधिकरण नंबर (केवल बीमा कंपनी द्वारा उपयोग के लिए)

मैं समझता/समझती हूँ कि ऊपर सूचीबद्ध प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के लिए बच्चे की प्रगति का मूल्यांकन करने हेतु किसी योग्य पेशेवर द्वारा नियमित रूप से निरंतर मूल्यांकन/आकलन की आवश्यकता हो सकती है। मैं _____ (बच्चा) को उसके वैयक्तिकृत पारिवारिक सेवा प्लान में पहचानी गई सेवाएं प्राप्त करने के लिए प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम में रेफर करता/करती हूँ।

प्रैक्टिशर के हस्ताक्षर _____ (मूल) तिथि _____

प्रैक्टिशर का नाम (प्रिंट किया हुआ) _____

फ़ोन नंबर _____

प्रैक्टिशर का पता _____

NYS लाइसेंस नंबर _____ राष्ट्रीय प्रदाता पहचान नंबर (National Provider Identification Number) _____

MEDICAID MANAGED CARE प्लान्स में नामांकित बच्चों के लिए MEDICAID की बिलिंग के बारे में मार्गदर्शन

न्यूयॉर्क राज्य की लगभग सभी काउंटियों में, जब किसी बच्चे को Medicaid के लिए योग्य मान लिया जाता है, तो उसका Managed Care बीमा योजना में शामिल होना ज़रूरी होता है। प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवाएं Medicaid Managed Care से तैयार की गई हैं। इसलिए, प्रारंभिक हस्तक्षेप प्रोग्राम की सेवा के दावों के लिए Managed Care बीमा कंपनी को बिल नहीं किया जाता; उनके लिए सेवा शुल्क के आधार पर सीधे Medicaid प्रोग्राम को बिल किया जाता है। Medicaid और Medicaid Managed Care संबंधी जानकारी राजकीय डेटा प्रणाली में ठीक से दर्ज की जानी चाहिए ताकि दावों के लिए Medicaid को उचित रूप से बिल किया जा सके/भेजा जा सके।

सेवा संयोजकों और म्युनिसिपैलिटी को यह सुनिश्चित करने के लिए मिलकर काम करना होगा कि राजकीय डेटा प्रणाली में सटीक जानकारी शामिल की जाए और यह कि, यदि ज़रूरी हो, तो राजकीय डेटा प्रणाली में बच्चे की पॉलिसी की जानकारी के संबंध में किसी भी गलत जानकारी को जल्द से जल्द सही किया जाए ताकि प्रबंधित देखभाल बीमा कंपनी को भविष्य में दावों के लिए गलत तरीके से बिल किए जाने से रोका जा सके। यह महत्वपूर्ण है कि सेवा संयोजक म्युनिसिपैलिटी और परिवारों के साथ मिलकर काम करें ताकि बच्चे के स्वास्थ्य बीमा और/या Medicaid कवरेज की उचित स्थिति निर्धारित की जा सके।

सेवा संयोजक कम से कम तिमाही के आधार पर या कभी भी स्वास्थ्य बीमा स्थिति में कोई परिवर्तन होने पर परिवारों के साथ मिलकर बच्चे की स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी की समीक्षा और उसे अपडेट करने के लिए ज़िम्मेदार हैं। Medicaid प्रोग्राम में नामांकित बच्चों के मामले में, सेवा संयोजक को बच्चे का Medicaid क्लायंट पहचान नंबर (CIN) प्राप्त करना होगा और बिलिंग के उद्देश्य से इस नंबर को राजकीय डेटा प्रणाली में दर्ज करना होगा। इसके अलावा, सेवा संयोजक को Medicaid कवरेज वाले अपने केसलोड में शामिल सभी बच्चों के लिए Medicaid प्रबंधित देखभाल योजना संबंधी जानकारी सत्यापित करनी होगी। राजकीय डेटा प्रणाली में दर्ज की गई जानकारी eMedNY प्रणाली में शामिल जानकारी से संगत होनी चाहिए।

Medicaid Managed Care की स्थिति को सत्यापित करने के लिए सेवा संयोजक Medicaid योग्यता सत्यापन प्रणाली (Medicaid Eligibility Verification System, MEVS) का उपयोग कर सकते हैं, जो एक स्वचालित, टच-टोन टेलीफोन एक्सेस प्रणाली है। यदि बच्चा Medicaid प्रबंधित देखभाल योजना में नामांकित है, तो MEVS Medicaid प्रबंधित देखभाल योजना की पहचान करेगी और प्रबंधित देखभाल योजना के नाम, योजना के पते और योजना के फ़ोन नंबर के बारे में जानकारी प्रदान करेगी। कृपया फ़ोन लाइन का उपयोग करने के लिए निर्देशों के लिए निम्न लिंक पर उपलब्ध MEVS त्वरित संदर्भ मार्गदर्शिका (Quick Reference Guide) देखें: https://www.emedny.org/ProviderManuals/5010/MEVS%20Quick%20Reference%20Guides/5010_MEVS_Telephone_Quick_Reference_Guide.pdf

अधिक लेनदेन मात्रा (प्रति माह 50 से अधिक) वाली सेवा संयोजन एजेंसियाँ, कंप्यूटर-आधारित एप्लिकेशन, ePACES, के माध्यम से यही जानकारी प्राप्त कर सकती हैं। ePACES तक पहुँचने/उसका उपयोग करने के बारे में जानकारी के लिए, कृपया 1-800-343-9000 पर eMedNY कॉल सेंटर से संपर्क करें।

इसके अलावा, काउंटी के हिसाब से Medicaid Managed Care प्रदाताओं की जानकारी उपलब्ध है जो प्रत्येक काउंटी में Medicaid Managed Care प्लान्स पेश करने वाली कंपनियों की पहचान करती है। यह जानकारी इस लिंक पर उपलब्ध है: http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/pdf/cnty_dir.pdf

Medicaid के दावा नियमों के अनुसार दावे में बच्चे के लिए बीमा पॉलिसी संबंधी सारी संभावित जानकारी शामिल होनी चाहिए। इसमें बच्चे की Medicaid प्रबंधित देखभाल योजना का प्राथमिक पॉलिसी भाग शामिल है। यदि यह जानकारी Medicaid के दावे में शामिल नहीं है, तो Medicaid दावे को अस्वीकार कर देगी।

यदि आपके बच्चे का प्लान Medicaid Managed Care है, तो Medicaid क्लायंट पहचान नंबर (CIN) संबंधी जानकारी और Medicaid Managed Care बीमा कंपनी की जानकारी, दोनों को राजकीय डेटा प्रणाली में दर्ज किया जाना चाहिए। भरे गए सभी फ़ॉर्मों की एक कॉपी बच्चे के रिकॉर्ड और राजकीय डेटा प्रणाली में रखें।

राजकीय डेटा प्रणाली में स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी दर्ज करने के बारे में निर्देशों के लिए, कृपया यूज़र मैनुअल और उपलब्ध जॉब ऐड्स देखें।

नामांकन, बहिष्करण के बारे में अधिक जानकारी, या Medicaid Managed Care के बारे में सामान्य जानकारी के लिए, कृपया http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/index.htm पर न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग प्रबंधित देखभाल की वेबसाइट पर जाएं या 1-800-505-5678 पर Medicaid Managed Care हेल्पलाइन पर कॉल करें।