

ٹول کٹ آئٹمز

پس منظر

1. سروس کوآرڈینیٹر کی ہیلتھ انشورنس کی ذمہ داریاں - ٹول کٹ آئٹم 1
2. ہیلتھ انشورنس کے حوالے سے والدین کا نوٹس - ٹول کٹ آئٹم 2
3. والدین کے لیے ہیلتھ انشورنس کی معلومات جمع کیے جانے کے حوالے سے معلومات اور ہدایات/ہیلتھ انشورنس نہ ہونے کے حوالے سے والدین کی تصدیق - ٹول کٹ آئٹم 3
4. ہیلتھ انشورنس کی معلومات جمع کرنا - ٹول کٹ آئٹم 4 (فارم A)
5. ہیلتھ انشورنس نہ ہونے کے حوالے سے والدین کی تصدیق - ٹول کٹ آئٹم 5 (فارم B)
6. ہیلتھ انشورنس کی معلومات جاری کرنے کی اجازت - ٹول کٹ آئٹم 6 (فارم C)
7. سروس کوآرڈینیٹرز کے لیے ہدایات: والدین یا بنیادی نگہداشت صحت کے پریکٹیشنرز سے تحریری ریفرلز وصول کرنا - ٹول کٹ آئٹم 7
8. بنیادی نگہداشت صحت کے پریکٹیشنرز سے تحریری ریفرل - ٹول کٹ آئٹم 8 (فارم D) سابقہ طور پر فارم E
9. Medicaid کو Medicaid Managed Care پلانز میں اندراج شدہ بچوں کے لیے بل بھیجنے کے حوالے سے رہنمائی - ٹول کٹ آئٹم 9

نوٹس

- سروس کوآرڈینیٹر کی انشورنس کی ابتدائی اور جاری ذمہ داریوں کو ملا دیا گیا ہے
- فارم B اب ہیلتھ انشورنس نہ ہونے کے حوالے سے والدین کی تصدیق ہے
- کوریج کی معلومات کی درخواست (سابقہ طور پر فارم D) - ختم کردہ - اب قابل اطلاق نہیں
- لین دار کی تبدیلی کا لازمی نوٹس - ختم کردہ - اب قابل اطلاق نہیں
- NYEIS میں بلا ضابطہ انشورنس پلانز میں شامل ہونے کے حوالے سے رہنمائی - ختم کردہ - اب قابل اطلاق نہیں

پس منظر

ریاست نیو یارک میں ابتدائی معاونت کی خدمات کو بغیر خرچ فراہم کیا جانا چاہیے [PHL کا حصہ 2557، NYCRR 10 حصہ 4.1-69(iv)(1)(m)]. اہل بچوں کے لیے ادائیگی Medicaid کی جانب سے Medicaid کوریج کے ذریعے کی جاتی ہے۔ 29 دسمبر 2021 سے پہلے، ابتدائی معاونت کی خدمات کی ادائیگی جزوی طور پر اہل بچے کی ہیلتھ انشورنس کوریج کی جانب سے کی جاتی تھی، اگر وہ ہیلتھ انشورنس پلان ریاست نیو یارک کے قانون کے تحت زیر ضابطہ تھا (New York State Insurance Law, SIL)۔

29 دسمبر 2021 کو، گورنر Hochul (ہوچل) نے قانون سازی (A.5339/S.5560A) پر دستخط کیے، جس نے ابتدائی معاونت کی خدمات کے لیے دعووں پر عمل درآمد اور ان کی ادائیگی کے طریقے کو بڑی حد تک تبدیل کر دیا۔ اس قانون سازی نے ابتدائی معاونت کے پروگرام (Early Intervention Program) کا کوورڈڈ لائیوز پول بنایا، جو ہیلتھ انشورنس پلانز کے ایک جائزے کے ذریعے فنڈ یافتہ ہے۔ ابتدائی معاونت کے پروگرام کے پول کی فنڈنگ ابتدائی معاونت کے پروگرام کی ان خدمات، جو Medicaid کی جانب سے احاطہ شدہ نہیں ہیں، میں سے میونسپل اور ریاست کے حصے کو پورا کرتی ہے۔ **ابتدائی معاونت کے دعووں کے بل اب کاروباری ہیلتھ انشورنس کو نہیں بھیجے جاتے۔** دعووں کے بل ابھی بھی زیر احاطہ خدمات کے لیے Medicaid کو اور غیر احاطہ شدہ خدمات کے لیے میونسپل ایسکرو اکاؤنٹس کو بھیجے جائیں گے۔

توجہ فرمائیں: سروس کوآرڈینیٹرز کو بچے کی ہیلتھ انشورنس کی معلومات جمع اور دستاویز بند کرنا جاری رکھنا ہو گا۔

اس ہیلتھ انشورنس ٹول کٹ کی نظر ثانی کر دی گئی ہے، تاکہ سروس کوآرڈینیٹرز کو وہ تمام معلومات فراہم کی جا سکیں، جو انہیں ایک بچے/خاندان کی ہیلتھ انشورنس کی کوریج کی معلومات کو جمع اور دستاویز بند کرنے کے حوالے سے ابتدائی معاونت کی ذمہ داریاں پوری کرنے کے لیے درکار ہیں۔

سروس کوآرڈینیٹر کی بیلٹھ انشورنس کی ذمہ داریاں

1. والدین/قانونی سرپرست کو **بیلٹھ انشورنس کے حوالے سے والدین کا نوٹس** (ٹول کٹ آئٹم 2) کی ایک نقل فراہم کریں اور ان کے ساتھ مل کر ان معلومات کو پڑھیں۔ خاندان کے ساتھ ابتدائی معاونت کے پروگرام کے ضابطوں کے تحت اس تقاضے کے متعلق بات کریں کہ سروس کوآرڈینیٹرز ابتدائی معاونت والے بچے کی بیلٹھ انشورنس کی معلومات جمع کریں اور والدین یہ معلومات فراہم کریں، تاکہ ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات کے لیے ابتدائی معاونت کی ادائیگی کو ممکن بنایا جا سکے۔

a. ریاست نیو یارک کے پبلک بیلٹھ لاء (New York State Public Health Law, PHL) کے تحت، ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات کو بغیر خرچ فراہم کیا جانا چاہیے [PHL کا حصہ 2557، 10 NYCRR (iv)(d)(1)(m)-69]

b. **Medicaid ریاست نیو یارک کی ابتدائی معاونت کی خدمات کے لیے ادائیگی کے نظام کا حصہ ہے۔** اہل بچوں کے لیے خدمات کی ادائیگی Medicaid کی جانب سے Medicaid کوریج کے ذریعے کی جاتی ہے۔ Medicaid فنڈز اور ابتدائی معاونت کے پروگرام کے کوورڈڈ لائیوز پول کے ذریعے دستیاب فنڈز، جو انشورنس پلانز کے ایک جائزہ کے ذریعے فنڈ یافتہ ہیں، دونوں اس پروگرام کے لیے ادائیگیوں کے نظام کا حصہ ہیں۔ ابتدائی معاونت کے پروگرام کے پول کی فنڈنگ ابتدائی معاونت کے پروگرام کی ان خدمات، جو Medicaid کی جانب سے احاطہ شدہ نہیں ہیں، میں سے میونسپل اور ریاست کے حصے کو پورا کرتی ہے۔ دعووں کے بل ابھی بھی زیر احاطہ خدمات کے لیے Medicaid کو اور غیر احاطہ شدہ خدمات کے لیے میونسپل ایسکرو کو بھیجے جائیں گے۔

اہم توجہ فرمائیں: ابتدائی معاونت کے پروگرام کے دعووں کے بل اب کاروباری بیلٹھ انشورنس کو نہیں بھیجے جاتے۔

2. ابتدائی معاونت کے فراہم کنندگان کو ایسی خدمات، جن کی Medicaid کی جانب سے مکمل ادائیگی نہیں کی جاتی، کے لیے ابتدائی معاونت کی ادائیگی میونسپل فنڈز (ایکسرو اکاؤنٹ) کے ذریعے وصول ہو گی، اگر وہ دعویٰ کرتے ہیں کہ انہوں نے ابتدائی معاونت کی بلنگ اور دعووں کے دیگر تمام قابل اطلاق قواعد کو پورا کیا ہے۔

a. Medicaid پروگرام ابتدائی معاونت کے پروگرام کی تمام خدمات کے لیے ریاست کی جانب سے نیو یارک محکمہ صحت (New York State Department of Health) کے ابتدائی معاونت کے پروگرام کے خدمات کی ادائیگی کے ریٹس کے تحت ادائیگی کرتا ہے۔

b. فراہم کنندگان کو والدین سے ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات کے لیے ادائیگی مانگنے ممانعت کی جاتی ہے۔

c. ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات تمام اہل بچوں کو اس بچے کے انڈیوچونلائزڈ فیملی سروس پلان (Individualized Family Service Plan, IFSP)، بشمول سروس کوآرڈینیٹیشن اور جائزہ، کے تحت فراہم کی جانی چاہیں۔ اس میں تمام بچے، اپنی انشورنس کی صورتحال سے قطع نظر، شامل ہیں۔

i. اگر کسی بچے کے پاس انشورنس نہیں، تو سروس کوآرڈینیٹر والدین کو ایسے بینیفٹس پروگرام، جس کے لیے وہ اہل ہو سکتے ہیں، بشمول Medicaid، Child Health Plus اور Social Security Disability Income، کا تعین اور ان کے لیے درخواست دینے میں معاونت فراہم کرنے کے لیے ذمہ دار ہوتا ہے۔ تاہم، ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات کی فراہمی کے لیے والدین کے لیے کسی بیلٹھ انشورنس پلان میں اندراج شدہ ہونا ضروری نہیں ہے۔

ii. **فارم A**، (ٹول کٹ آئٹم 4)، **بیلٹھ انشورنس کی معلومات جمع کرنا**، سروس کوآرڈینیٹر کی جانب سے بیلٹھ انشورنس کوریج کے حوالے سے بچے/خاندان کی معلومات کو جمع کرنے کے لیے استعمال کیا جانا چاہیے۔

iii. **فارم B**، (ٹول کٹ آئٹم 5)، **بیلٹھ انشورنس نہ ہونے کے حوالے سے والدین کی تصدیق** ہے۔ اگر ابتدائی معاونت والے بچے کے پاس بیلٹھ انشورنس کی کوریج نہیں، تو والدین کو اس پر دستخط کرنے ہوں گے۔ سروس کوآرڈینیٹرز کو خاندان کے ساتھ سہ ماہانہ بنیادوں پر یا اگر بچے کی بیلٹھ انشورنس کی صورتحال بدلتی ہے، تو زیادہ کثرت سے بچے کی بیلٹھ انشورنس کوریج کی معلومات کے متعلق بات کرنی چاہیے۔ والدین کی جانب سے سہ ماہانہ طور پر ایک نئی تصدیق پر دستخط کیے جانے چاہیں، ماسوائے یہ کہ بچے نے بیلٹھ انشورنس کوریج حاصل کر لی ہے اور **فارم A** والدین کی جانب سے مکمل اور سروس کوآرڈینیٹر کی جانب سے وصول کر لیا گیا ہے۔

iv. ایک مرتبہ مریض نے بیلٹھ انشورنس کے حوالے سے درست فارم **(فارم A)** یا اگر بیلٹھ انشورنس نہ ہو، تو **فارم B** مکمل کر لیا ہو، تو معلومات کو سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں درج کیا جانا چاہیے اور فارم کو بچے کی فائل میں برقرار رکھا جانا چاہیے۔ سروس کوآرڈینیٹر بلنگ کرنے والے تمام فراہم کنندگان اور میونسپلٹی کو آگاہ کرے گا کہ بیلٹھ انشورنس کی معلومات کی مکمل شدہ معلومات بچے کی فائل میں دستیاب ہیں اور درخواست کیے جانے پر اس کے وصول ہونے کے 14 دن کے اندر تحریری نقول بذریعہ ڈاک بھیجی جائیں گی۔

**اگر خاندان کے پاس Medicaid کارڈ اور Medicaid چائلڈ آئیڈنٹیفیکیشن نمبر (Child Identification Number, CIN) ہو، تو موجودہ سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں CIN درج کیا جانا چاہیے۔ اگر Medicaid کوریج ایک Medicaid managed care پلانز ہو، تو مینجڈ کیئر کے انشورر/انشورنس کی معلومات کو بھی سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں درج کیا جانا چاہیے۔

براہ کرم نوٹ کریں:

بیلٹھ سپینڈنگ اکاؤنٹس (Health Spending Accounts, HSA) / بیلٹھ سیونگ اکاؤنٹس (Health Savings Accounts, HSA) طبی بچت کے اکاؤنٹس ہیں اور انہیں بیلٹھ انشورنس نہیں سمجھا جاتا؛ اس قسم کے اکاؤنٹس کے متعلق معلومات کو سروس کوآرڈینیٹر کی جانب سے جمع یا بچے کی فائل یا سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں داخل نہیں کیا جانا چاہیے۔

d. ابتدائی معاونت کے پروگرام کو بیلٹھ انشورنس کی معلومات فراہم کرتے ہوئے تحفظ:

i. والدین ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات کے لیے جیب سے کوئی بھی اخراجات ادا نہیں کرتے، جیسا کہ کٹوتیاں یا مشترکہ ادائیگیاں۔

ii. ابتدائی معاونت کے پروگرام کی جانب سے بیلٹھ انشورنس کی معلومات کے جمع کیے جانے سے کسی بھی خاندان کو حاصل کسی بیلٹھ انشورنس پر منفی اثر نہیں پڑتا۔

3. خاندان سے بیلٹھ انشورنس پالیسی کی معلومات جمع کریں ((10 NYCRR section 69-4.6(d)).

a. سروس کوآرڈینیٹرز کو اس بات کا تعین کرنا چاہیے کہ آیا کسی خاندان کے پاس ابتدائی معاونت والے بچے کے لیے بیلٹھ انشورنس ہے اور خاندان کو مکمل کرنے کے لیے درست فارم اور ہدایات فراہم کرنی چاہیں۔

i. سروس کوآرڈینیٹرز کو والدین کے ساتھ مل کر **فارمز A اور B** پڑھنے چاہیں اور انہیں درست فارم مکمل کرنے میں مدد دینی چاہیے۔

ii. اگر خاندان کے پاس بچے کے لیے بیلٹھ انشورنس ہو، تو انہیں **فارم A (بیلٹھ انشورنس کی معلومات جمع کرنا)** فراہم کریں۔

iii. اگر کسی خاندان کے پاس بیلٹھ انشورنس کوریج نہ ہو، تو سروس کوآرڈینیٹر والدین کو مکمل کرنے کے لیے **فارم B (والدین کی جانب سے بیلٹھ انشورنس نہ ہونے کی تصدیق)** فراہم کرے گا۔

- b. والدین کو وضاحت کریں کہ اگر کوئی بچہ ابتدائی معاونت کے پروگرام میں شرکت کر رہا ہو، تو انہیں بچے کی ہیلتھ انشورنس پالیسی، بشمول Medicaid اور Child Health Plus، میں کبھی بھی کوئی تبدیلی ہونے پر ابتدائی معاونت کے سروس کو آرڈینیٹر کو آگاہ کرنا چاہیے۔ سروس کو آرڈینیٹر کو خاندان کے ساتھ سہ ماہانہ بنیادوں پر بچے کی ہیلتھ انشورنس کی معلومات کے متعلق بات کرنی چاہیے۔
- c. سروس کو آرڈینیٹرز کو ابتدائی معاونت کے پروگرام میں ہیلتھ انشورنس اور بچے کی ہیلتھ انشورنس کی کوریج کے حوالے سے والدین کے ساتھ گفتگو کو ابتدائی معاونت کی سروس کو آرڈینیشن کے نوٹس میں دستاویز بند کرنے کی ضرورت ہے۔ جب والدین کے ساتھ سہ ماہانہ طور پر ہیلتھ انشورنس کی معلومات پر نظر ثانی کی جاتی ہے، تو:
- فارم A پر، سروس کو آرڈینیٹر کو یہ ظاہر کرنے کے لیے انیشیٹلز اور تاریخ ڈالنی چاہیے، کہ والدین کے ساتھ معلومات پر نظر ثانی کی گئی تھی۔ سروس کو آرڈینیٹر اس چیز کی نشاندہی بھی کریں گے کہ آیا فارم پر معلومات میں "کوئی تبدیلیاں نہیں" ہیں یا آیا "نیا" تجدید شدہ فارم درکار ہے۔
 - اگر ہیلتھ انشورنس کی معلومات کی تجدید کرنے کے لیے ایک نیا فارم A درکار ہو، تو یہ والدین کو فراہم کیا جانا چاہیے۔ ایک مرتبہ نیا فارم مکمل اور سروس کو آرڈینیٹر کو واپس کر دیا جائے، تو اسے سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں درج کیا جانا اور بچے کی فائل میں برقرار رکھا جانا چاہیے۔
 - اگر بچے کے پاس ہیلتھ انشورنس کوریج نہیں تھی اور والدین نے سابقہ طور پر فارم B مکمل کیا تھا اور نظر ثانی پر، بچے کے پاس اب بھی ہیلتھ انشورنس کوریج نہیں، تو والدین کی جانب سے ایک نیا فارم B، والدین کی جانب سے ہیلتھ انشورنس نہ ہونے کی تصدیق مکمل کیا جانا چاہیے اور سروس کو آرڈینیٹر کی جانب سے وصول کیا جانا چاہیے، جو اسے بچے کی فائل میں برقرار رکھیں گے۔
 - اگر کسی بچے کے پاس ابتدائی معاونت کے پروگرام میں شرکت کرتے ہوئے ہیلتھ انشورنس کوریج تھی، مگر نظر ثانی کرنے پر ان کے پاس اب کوریج نہیں ہے، تو والدین کو والدین کی جانب سے ہیلتھ انشورنس نہ ہونے کی تصدیق (فارم B)، کو مکمل کر کے اس پر تاریخ ڈالنے اور دستخط کرنے ہوں گے، جسے ایک سروس کو آرڈینیٹر جمع کرے گا اور پھر فارم کی معلومات کو سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں درج کرے گا اور فارم کو بچے کی فائل میں لگائے گا۔
- d. سروس کو آرڈینیٹرز کو والدین کو فارم C (ٹول کٹ آئٹم 6)، ہیلتھ انشورنس کی معلومات جاری کرنے کی اجازت مکمل کرنے میں مدد بھی دینی ہو گی۔
- یہ وہ نوٹس ہے، جس پر والدین دستخط کر کے سروس کو آرڈینیٹر اور میونسپلٹی کو بچے کی ہیلتھ انشورنس کی معلومات فراہم کیے جانے کی اجازت دیتے ہیں۔
4. ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات کی طبی ضرورت کی دستاویز بندی کے طور پر والدین سے ان کے بچے کے بنیادی نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ کی جانب سے جاری کردہ تحریری ریفرل حاصل کریں۔
- تحریری ریفرلز کے حوالے سے سروس کو آرڈینیٹر کی ہیلتھ انشورنس کی ذمہ داریاں (ٹول کٹ آئٹم 1) اور والدین یا بنیادی نگہداشت صحت کے پریکٹیشنرز سے تحریری ریفرلز وصول کرنا (ٹول کٹ آئٹم 7) میں فراہم کردہ رہنمائی ملاحظہ فرمائیں۔
 - اس مقصد کے لیے ضرورت کے مطابق فارم D (ٹول کٹ آئٹم 8)، بنیادی نگہداشت صحت کے پریکٹیشنرز سے تحریری ریفرل کو استعمال کریں۔
 - بچے کے ابتدائی معاونت کے پروگرام کے فراہم کنندگان کو آگاہ کریں کہ ابتدائی معاونت کی خدمات کے لیے طبی ضرورت کی دستاویز بندی کرنے کے لیے بچے کے بنیادی نگہداشت صحت کے پریکٹیشنرز سے تحریری ریفرل حاصل کر لیا گیا ہے۔
- *سروس کو آرڈینیٹرز کو اس حوالے سے آگاہ رہنے کی ضرورت ہے کہ بچے کے انڈیوجولائزڈ فیملی سروس پلان میں مجاز کردہ خدمات کو بروقت شروع ہونا چاہیے۔ اگر طبی ضرورت کے لیے تحریری ریفرل فراہم نہ کیا گیا ہو، تو بھی خدمات میں کبھی تاخیر نہیں کی جانی چاہیے۔
5. سروس کو آرڈینیٹرز کو ہیلتھ انشورنس کی معلومات حاصل کرنے کے لیے تمام کوششوں اور ابتدائی معاونت کے پروگرام میں ہیلتھ انشورنس کے حوالے سے والدین کے ساتھ گفتگو کو دستاویز بند کرنے کی ضرورت ہے۔ حاصل کردہ تمام معلومات کو سروس کو آرڈینیٹر کی جانب سے درج ذیل طریقے سے محفوظ کیا جانا چاہیے:
- بر مکمل کردہ فارم کی بالائی بائیں جانب بچے کا ریفرنس نمبر درج کریں۔
 - اگر ہیلتھ انشورنس کی معلومات تبدیل نہیں ہوئیں، تو کم از کم سہ ماہانہ طور پر یا اگر ضرورت ہو، تو زیادہ کثرت سے فارم A، ہیلتھ انشورنس کی معلومات کو جمع کرنا پر نظر ثانی کریں اور انیشیٹلز ڈالیں۔ اگر ہیلتھ انشورنس بدل گئی ہے، تو فارم A کی تجدید کریں اور والدین کی جانب سے فارم پر دستخط کروا کے تاریخ ڈلوائیں۔ تجدید شدہ معلومات کو سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں درج کریں اور فارم کو بچے کی فائل میں لگائیں۔
 - ہیلتھ انشورنس کی معلومات حاصل کرنے کے لیے تمام کوششوں کو سروس کو آرڈینیشن نوٹس دستاویز بند کریں۔
 - بچے اور خاندان کی ہیلتھ انشورنس کی والدین سے حاصل کردہ معلومات کو براہ راست سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں درج کریں، بشمول Medicaid، Medicaid Managed Care اور Child Health Plus پالیسی کی معلومات۔ سروس کو آرڈینیٹر یا میونسپلٹی کے ساتھ ہیلتھ انشورنس کی کسی بھی معلومات کا تبادلہ کرنے سے پہلے والدین کی جانب سے فارم C، ہیلتھ انشورنس کی معلومات جاری کرنے کی اجازت پر دستخط کیے جانے چاہیں۔
 - والدین سے ہیلتھ انشورنس کی تمام معلومات جمع کر لیے جانے کے بعد، سروس کو آرڈینیٹر ان معلومات کو سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں درج کرے گا۔
 - ہیلتھ انشورنس کے تمام مکمل کردہ فارمز کی ایک نقل بچے کے ریکارڈ میں برقرار رکھیں۔

بیلٹھ انشورنس کے حوالے سے والدین کا نوٹس

ریاست نیو یارک میں ابتدائی معاونت کی خدمات کو خاندانوں کے لیے بغیر خرچ فراہم کیا جانا چاہیے۔ نیو یارک ریاست کے ابتدائی معاونت کے پروگرام کے لیے ادائیگی کے نظام میں ابتدائی معاونت کی خدمات کی ادائیگی کے لیے عوامی بیلٹھ انشورنس (جیسا کہ Medicaid اور Child Health Plus) کا استعمال شامل ہے۔

29 دسمبر 2021 کو، گورنر Hochul (بوچل) نے قانون سازی (A.5339/S.5560A) پر دستخط کیے، جس نے ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات کے لیے دعووں پر عمل درآمد اور ان کی ادائیگی کے طریقے کو بڑی حد تک تبدیل کر دیا۔ اس قانون سازی نے ابتدائی معاونت کے پروگرام کا کوورڈ لائیوز پول بنایا، جو بیلٹھ انشورنس پلانز کے ایک جائزے کے ذریعے فنڈ یافتہ ہے۔ ابتدائی معاونت کے پروگرام کے پول کی فنڈنگ ابتدائی معاونت کے پروگرام کی ان خدمات، جو Medicaid کی جانب سے احاطہ شدہ نہیں ہیں، میں سے میونسپل اور ریاست کے حصے کو پورا کرتی ہے۔ زیر احاطہ خدمات کا بل Medicaid کو بھیجا جاتا ہے اور غیر احاطہ شدہ خدمات کی ادائیگی میونسپل ایسکرو کے ذریعے کی جاتی ہے۔

Medicaid اور نجی بیلٹھ انشورنس

اگر آپ کے خاندان کے پاس نجی بیلٹھ انشورنس اور عوامی بیلٹھ انشورنس (Medicaid) کوریج، دونوں ہیں، تو ابتدائی معاونت کی خدمات کی ادائیگی کے دعووں کے بل ادائیگی کے لیے عوامی بیلٹھ انشورنس (Medicaid) کو بھیجے جائیں گے۔

بیلٹھ انشورنس کی معلومات اور بچے کے سوشل سیکورٹی نمبر کا حصول

نیو یارک ریاست کے پبلک بیلٹھ قانون (PHL) کے تحت:

آپ کے بچے کی بیلٹھ انشورنس کوریج، بشمول عوامی اور نجی بیلٹھ انشورنس، کے متعلق معلومات اور دستاویزات کو سروس کوآرڈینیٹر کی جانب سے جمع کیا جانا اور آپ کی جانب سے فراہم کیا جانا ہو گا۔ ان معلومات میں شامل ہیں: بیلٹھ انشورنس پالیسی یا بیلٹھ بینیفٹس پلان کی قسم، انشورر یا پلان ایڈمنسٹریٹر کا نام، پالیسی یا پلان کا شناختی نمبر، پالیسی میں کوریج کی قسم اور آپ کی انشورنس کو بل بھیجنے کے لیے ضروری دیگر معلومات۔ آپ کا سروس کوآرڈینیٹر آپ کے حقوق اور ذمہ داریوں اور خاندانوں کے لیے قانون کی جانب سے فراہم کردہ تحفظ کی وضاحت کرے گا۔ [10 NYCRR section 69 4.7(g)-(h)]

ابتدائی معاونت کے عملے کو آپ کے بچے کا سوشل سیکورٹی نمبر جمع کرنا چاہیے اور آپ کی جانب سے یہ فراہم کیا جانا چاہیے۔ یہ معلومات ایک محفوظ اور رازدارانہ طریقے سے رکھی جائیں گی۔ [PHL§ 2552(2)]

ریاست نیو یارک میں انشورنس

جب عوامی بیلٹھ انشورنس کو ابتدائی معاونت کی خدمات کے لیے ادائیگی کرنے کے لیے استعمال کیا جائے، تو نیو یارک ریاست کے پبلک بیلٹھ قانون (PHL) اور نیو یارک سٹیٹ انشورنس لاء (SIL) کے تحت درج ذیل تحفظات کو یقینی بنایا جاتا ہے۔

1. آپ کے بچے کو درکار ابتدائی معاونت کی خدمات آپ کے خاندان کو بغیر خرچ فراہم کی جائیں گی۔ آپ کو اپنے بچے یا خاندان کو ابتدائی معاونت کے پروگرام میں وصول ہونے والی خدمات کے لیے جیب سے کوئی بھی اخراجات ادا کرنے کا نہیں کہا جا سکتا، جیسا کہ کٹوتیاں یا مشترکہ ادائیگیاں۔ ابتدائی معاونت کا پروگرام تمام مشترکہ ادائیگیوں اور کٹوتیوں کے لیے ادائیگی کا بندوبست کرے گا۔ [PHL§ 2557(1); PHL§ 2559(3)(b)]

2. آپ کے بچے اور خاندان کو ابتدائی معاونت کی خدمات آپ کی انشورنس کی احاطہ کردہ چیزوں تک محدود نہیں ہوں گی۔ ابتدائی معاونت کے افسر کو اس بات کو یقینی بنانا ہو گا کہ آپ کے بچے کو ابتدائی معاونت کی معقول خدمات فراہم کی جائیں، بے شک اگر آپ کی انشورنس ان خدمات کا احاطہ نہ کرتی ہو یا آپ کے پاس انشورنس نہ ہو۔ [PHL§ 2552(1)]

3. ابتدائی معاونت کی خدمات کی ادائیگی کے لیے عوامی بیلٹھ انشورنس (یعنی Medicaid) کے استعمال سے آپ کے بچے کی گھر اور کمیونٹی پر مبنی ویور پروگرامز کے لیے اہلیت متاثر نہیں ہو گی۔

4. آپ کے انڈیوجولڈ فیملی سروس پلان میں ابتدائی معاونت کی خدمات پھر بھی فراہم کی جانی ہوں گی، بے شک اگر آپ کے پاس نجی یا عوامی بیلٹھ انشورنس کوریج نہ ہو۔ آپ سے ابتدائی معاونت کے پروگرام میں شرکت کی شرط کے طور پر بیلٹھ انشورنس کوریج حاصل کرنے کا تقاضہ نہیں کیا جا سکتا، البتہ اگر آپ چاہیں، تو آپ کا سروس کوآرڈینیٹر عوامی بینیفٹس کے لیے ریفرل اور درخواست دینے میں آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ [PHL§ 2552(1); PHL§ 2559(1)]

5. بیلٹھ سیپینڈنگ اکاؤنٹس/بیلٹھ سیونگ اکاؤنٹس (HSAs) طبی بچت کے اکاؤنٹس ہیں اور انہیں بیلٹھ انشورنس نہیں سمجھا جاتا۔ اس قسم کے اکاؤنٹس کے متعلق معلومات کو سروس کوآرڈینیٹر کی جانب سے جمع نہیں کیا جائے گا۔

منصفانہ کارروائی کے حقوق

والدین کو اختلافات یا شکایات کے حل کے لیے منصفانہ کارروائی کے عمل ہائے درآمد تک رسائی کا حق حاصل ہے۔ منصفانہ کارروائی کے حقوق میں ثالثی کا موقع، غیر جانبدارانہ سماعت اور/یا ریاستی نظام کی شکایت درج کروانے کا موقع شامل ہیں۔ تمام اختیارات رضاکارانہ ہیں اور ان کے لیے والدین پر کوئی خرچ نہیں ہو گا۔ [69-4.17 NYCRR 10; 34 CFR § 303.431, § 303.436 § 303.441, § 303.434; PHL § 2549]

• **ثالثی** ایک کمیونٹی ڈسپیوٹ ریزولوشن سنٹر (Community Dispute Resolution Center) سے تعلق رکھنے والے ایک تربیت یافتہ ثالث کی جانب سے انجام دیا جانے والا عمل ہے، جو فریقین کو انڈیوجولڈ ود ڈس ایبلٹی ایکٹ حصہ C کے تحت کسی بھی معاملے پر متفق ہونے میں مدد دیتا ہے۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ ثالثی کے عمل کو والدین کے ایک غیر جانبدارانہ سماعت کے حق سے انکار یا اس میں تاخیر کرنے یا منصفانہ کارروائی کے دیگر کسی حق سے انکار کرنے کے لیے استعمال نہیں کیا جا سکتا۔

• **غیر جانبدارانہ سماعتیں** سماعتی افسران (کمیشنر آف بیلٹھ یا مقرر کردہ شخص کی جانب سے متعین کردہ انتظامی قانون کے جج) کی جانب سے سنی جاتی ہیں اور انہیں والدین اور ابتدائی معاونت کے کسی افسر کے درمیان تنازعات کو حل کرنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر کسی بچے کو ایک جائزہ کار کی جانب سے خدمات کے لیے نا اہل پایا جاتا ہے، تو والدین بچے کے نا اہل پائے جانے کی تاریخ کے 6 مہینوں کے اندر ایک غیر جانبدارانہ سماعت کی درخواست کر سکتے ہیں۔

• **نظام کی ایک شکایت** جمع کروائی جا سکتی ہے، اگر والدین یا کوئی فریق یہ سمجھے کہ مرکزی ایجنسی، ابتدائی معاونت کا افسر، سروس کوآرڈینیٹر، جائزہ کار یا خدمات کا فراہم کنندہ قانون، قواعد یا ضابطوں کے تحت اپنا کام نہیں کر رہا۔ یہ شکایت نیو یارک محکمہ صحت، ڈائریکٹر آف دی بیورو آف ارلی انٹروینشن (Bureau of Early Intervention) کو تحریری طور پر بھیجی جانی چاہیے اور اسے مبینہ خلاف ورزی کی تاریخ کے ایک سال کے اندر دستخط کے ساتھ وصول ہو جانا چاہیے۔ شکایت کی ایک نقل بچے کے سروس کوآرڈینیٹر، کاؤنٹی کے ابتدائی معاونت کے افسر اور شکایت کا موضوع بننے والے ابتدائی معاونت کے کسی فراہم کنندہ (کننگان) کو بھیجی جانی چاہیے۔

ان دستیاب اختیارات میں سے ہر ایک کے متعلق اضافی معلومات کے لیے، براہ کرم **ابتدائی معاونت کے پروگرام کے متعلق والدین کی بنیادی رہنما** میں اور بیورو آف ارلی انٹروینشن کے ویب پیج health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/ پر موجود معلومات کو ملاحظہ کریں۔ اگر آپ کے پاس اس نوٹس میں معلومات کے متعلق کوئی سوالات ہوں، تو براہ کرم اپنے سروس کوآرڈینیٹر یا ابتدائی معاونت کے افسر سے پوچھیں یا ریاست نیو یارک کے محکمہ ہیلتھ کے بیورو آف ارلی انٹروینشن سے بذریعہ فون 518-473-7016 پر یا بذریعہ ای میل beipub@health.ny.gov پر رابطہ کریں۔

والدین کے لیے معلومات اور ہدایات

بیلٹھ انشورنس کی معلومات جمع کرنا - فارم A والدین کی جانب سے بیلٹھ انشورنس نہ ہونے کی تصدیق - فارم B

بچے کی بیلٹھ انشورنس کی معلومات: (فارم A)

ریاست نیو یارک میں ابتدائی معاونت کی خدمات کو خاندانوں کو بغیر خرچ فراہم کیا جانا چاہیے۔ تاہم، نیو یارک ریاست کے ابتدائی معاونت کے پروگرام کے لیے ادائیگی کے نظام میں ابتدائی معاونت کی خدمات کی ادائیگی کے لیے عوامی بیلٹھ انشورنس (جیسا کہ Medicaid اور Child Health Plus) کا استعمال شامل ہے۔

NYCRR 69-4.7.10 کے مطابق آپ کے بچے کی بیلٹھ انشورنس کوریج، بشمول عوامی اور نجی بیلٹھ انشورنس، کے متعلق معلومات اور دستاویزات کو سروس کوآرڈینیٹر کی جانب سے جمع کیا جانا اور آپ کی جانب سے فراہم کیا جانا ہو گا۔ ان معلومات میں شامل ہیں: بیلٹھ انشورنس پالیسی یا بیلٹھ بینیفٹس پلان کی قسم، انشورر یا پلان ایڈمنسٹریٹر کا نام، پالیسی یا پلان کا شناختی نمبر، پالیسی میں کوریج کی قسم اور فراہم کنندگان کو ان کی خدمات کے لیے ادائیگی کرنے کے لیے ضروری دیگر معلومات۔ آپ کے سروس کوآرڈینیٹر کو آپ کے حقوق اور ذمہ داریوں اور آپ کے خاندان کو قانون کی جانب سے فراہم کردہ تحفظ کی وضاحت کرنی ہو گی۔

بیلٹھ انشورنس کے فارمز کو مکمل کرنا

آپ کا سروس کوآرڈینیٹر آپ کو ضروری فارمز مکمل کرنے میں مدد دے سکتا ہے۔

• براہ کرم یقینی بنائیں کہ تمام ضروری فارمز مکمل اور درست طور پر بھرے جائیں۔

• آپ کے سروس کوآرڈینیٹر کو آپ کے ساتھ کم از کم سہ ماہانہ بنیادوں پر بچے کی بیلٹھ انشورنس کی معلومات پر نظر ثانی کرنی چاہیے۔ اگر آپ کی بیلٹھ انشورنس بدلتی ہے یا اگر آپ کے پاس بیلٹھ انشورنس کی کوریج مزید نہیں ہے، تو آپ کو ایک تجدید شدہ فارم (فارمز) مکمل کرنے کی ضرورت ہو گی۔

اگر آپ کے بچے کی بیلٹھ انشورنس کی کوریج بدلتی ہے، تو براہ کرم اپنے سروس کوآرڈینیٹر کو فوراً آگاہ کریں۔

بیلٹھ انشورنس کی معلومات جمع کرنا (فارم A)

اگر آپ کے بچے کے پاس دو یا زیادہ بیلٹھ انشورنس پالیسیاں ہیں، تو آپ کو ہر پالیسی کی معلومات فراہم کرنی ہوں گی (ذیل میں مثالیں ملاحظہ کریں)۔

• اگر آپ کے بچے کے پاس دو مختلف نجی بیلٹھ انشورنس پالیسیاں ہیں، تو آپ دونوں پالیسیوں کی معلومات شامل کریں گے۔

• اگر آپ کے بچے کے پاس Medicaid اور ایک نجی بیلٹھ انشورنس ہو، تو آپ Medicaid چائلڈ آئیڈنٹیفیکیشن نمبر (CIN) اور نجی بیلٹھ انشورنس کی معلومات شامل کریں گے۔

• اگر آپ کے بچے کے پاس Medicaid Managed Care ہو، تو Medicaid چائلڈ آئیڈنٹیفیکیشن نمبر (CIN) اور Medicaid Managed Care انشورنس کمپنی کی معلومات، دونوں کو انشورنس کی معلومات کے حصے میں دستاویز بند کیا جائے گا۔

• اگر آپ کے بچے کے پاس Medicaid Managed Care اور ایک نجی بیلٹھ انشورنس پالیسی ہو، تو آپ Medicaid چائلڈ آئیڈنٹیفیکیشن نمبر (CIN)، Medicaid Managed Care انشورنس کمپنی کی معلومات اور نجی بیلٹھ انشورنس پالیسی کی معلومات شامل کریں گے۔

منصفانہ کارروائی کے حقوق

والدین کو اختلافات یا شکایات کے حل کے لیے منصفانہ کارروائی کے عمل ہائے درآمد تک رسائی کا حق حاصل ہے۔ منصفانہ کارروائی کے حقوق میں ثالثی کا موقع، غیر جانبدارانہ سماعت اور/یا ریاستی نظام کی شکایت درج کروانے کا موقع شامل ہیں۔ تمام اختیارات رضاکارانہ ہیں اور ان کے لیے والدین پر کوئی خرچ نہیں ہو گا۔ [69-4.17 NYCRR 10; 34 CFR § 303.431, § 303.436, § 303.441, § 303.434; PHL § 2549]

• **ثالثی** ایک کمیونٹی ڈسپیوٹ ریزولوشن سنٹر (Community Dispute Resolution Center) سے تعلق رکھنے والے ایک تربیت یافتہ ثالث کی جانب سے انجام دیا جانے والا عمل ہے، جو فریقین کو انڈیویجوئلز وڈ ڈس ایپلٹی ایکٹ حصہ C کے تحت کسی بھی معاملے پر متفق ہونے میں مدد دیتا ہے۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ ثالثی کے عمل کو والدین کے ایک غیر جانبدارانہ سماعت کے حق سے انکار یا اس میں تاخیر کرنے یا منصفانہ کارروائی کے دیگر کسی حق سے انکار کرنے کے لیے استعمال نہیں کیا جا سکتا۔

• **غیر جانبدارانہ سماعتیں** سماعتی افسران (کمیشنر آف بیلٹھ یا مقرر کردہ شخص کی جانب سے متعین کردہ انتظامی قانون کے جج) کی جانب سے سنی جاتی ہیں اور انہیں والدین اور ابتدائی معاونت کے کسی افسر کے درمیان تنازعات کو حل کرنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر کسی بچے کو ایک جائزہ کار کی جانب سے خدمات کے لیے نا اہل پایا جاتا ہے، تو والدین بچے کے نا اہل پائے جانے کی تاریخ کے 6 مہینوں کے اندر ایک غیر جانبدارانہ سماعت کی درخواست کر سکتے ہیں۔

سروس کوآرڈینیٹرز کے لیے ہیلتھ انشورنس ٹول کٹ (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

ہیلتھ انشورنس کی معلومات کی فراہمی - فارم A
(Collection of Health Insurance Information - Form A)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

بچے کا ریفرنس نمبر _____

ہیلتھ انشورنس ٹول کٹ آئٹم 4 - فارم A

بچے کا نام _____

تاریخ پیدائش _____ بچے کی صنف لڑکا لڑکی

بنیادی انشورنس کی معلومات

انشورنس کمپنی/پلان کا نام _____

انشورنس کمپنی کا بلنگ کا پتہ _____

پالیسی/شناختی (ID) نمبر _____

بچے کی ممبر ID (اگر مختلف ہو) _____

گروپ نمبر _____

پالیسی ہولڈر کا نام _____

پالیسی ہولڈر کی تاریخ پیدائش _____

پالیسی ہولڈر کا پتہ _____

پالیسی ہولڈر کا فون نمبر _____

پالیسی ہولڈر کا بچے سے رشتہ _____

دیگر انشورنس (اگر قابل اطلاق ہو)

انشورنس کمپنی/پلان کا نام _____

انشورنس کمپنی کا بلنگ کا پتہ _____

پالیسی/ID نمبر _____

بچے کی ممبر ID (اگر مختلف ہو) _____

گروپ نمبر _____

پالیسی ہولڈر کا نام _____

پالیسی ہولڈر کی تاریخ پیدائش _____

پالیسی ہولڈر کا پتہ _____

پالیسی ہولڈر کا فون نمبر _____

پالیسی ہولڈر کا بچے سے رشتہ _____

Medicaid کلائنٹ آئیڈنٹیفیکیشن نمبر (CIN) (اگر قابل اطلاق ہو) _____ (2 حروف، 5 اعداد، 1 حرف)

والد/والدہ/قانونی سرپرست کے دستخط _____ تاریخ _____

براہ کرم نوٹ کریں: اگر پُر کرنے کے قابل 'ہیلتھ انشورنس کی معلومات جمع کرنے کے فارم' میں والد/والدہ/سرپرست کے الیکٹرانک دستخط شامل ہیں، تو ان دستخطوں کے ساتھ الیکٹرانک دستخط کی توثیق کا نشان (جو Adobe Acrobat، DocuSign وغیرہ جیسی ایپلی کیشنز کے ذریعے دستیاب ہے) بھی شامل ہونا چاہیے جس میں فارم پر دستخط کی تاریخ اور وقت درج ہو۔ اگر وہ حفاظتی تدبیر دستیاب نہ ہو، تو 'ہیلتھ انشورنس کی معلومات جمع کرنے کے فارم' لازمی طور پر پرنٹ کیا جانا چاہیے تاکہ والد/والدہ/قانونی سرپرست کاغذی کاپی پر رضامندی کے لیے دستخط کر سکیں۔

انشورنس کی معلومات کی کم از کم سہ ماہانہ بنیادوں پر اور بچے کی انشورنس کی صورتحال بدلنے کی صورت میں نظرثانی کی جانی چاہیے۔

انشورنس کی معلومات نظرثانی کردہ: تاریخ _____ انیشیٹلز _____ کوئی تبدیلیاں نہیں نیا فارم

انشورنس کی معلومات نظرثانی کردہ: تاریخ _____ انیشیٹلز _____ کوئی تبدیلیاں نہیں نیا فارم

انشورنس کی معلومات نظرثانی کردہ: تاریخ _____ انیشیٹلز _____ کوئی تبدیلیاں نہیں نیا فارم

انشورنس کی معلومات نظرثانی کردہ: تاریخ _____ انیشیٹلز _____ کوئی تبدیلیاں نہیں نیا فارم

انشورنس کی معلومات نظرثانی کردہ: تاریخ _____ انیشیٹلز _____ کوئی تبدیلیاں نہیں نیا فارم

سروس کوآرڈینیٹرز کے لیے ہیلتھ انشورنس ٹول کٹ (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

ہیلتھ انشورنس نہ ہونے کے بارے میں والدین کا تصدیقی بیان - فارم B
(Parent Attestation of No Health Insurance - Form B)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

بچے کا ریفرنس نمبر _____

ہیلتھ انشورنس ٹول کٹ آئٹم 5 - فارم B

(اگر قابل اطلاق ہو)

بچے کا نام _____

تاریخ پیدائش _____

میں _____ (براہ کرم بڑے حروف میں نام لکھیں) مذکورہ بالا نام والے بچے کا والد/والدہ/قانونی سرپرست تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ آج کی تاریخ کے مطابق، اس بچے کے پاس ہیلتھ انشورنس کوریج نہیں ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ابتدائی معاونت کے پروگرام کے تفویض شدہ سروس کوآرڈینیٹر کو اس ہیلتھ انشورنس، جس کے لیے یہ بچہ اہل ہو سکتا ہے، کی شناخت کرنے اور اس کے لیے درخواست دینے میں میری مدد کرنی ہو گی۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات کی فراہمی کے لیے اس بچے کے پاس ہیلتھ انشورنس ہونا ضروری نہیں ہے۔

والد/والدہ/قانونی سرپرست کے دستخط _____ تاریخ _____

براہ کرم نوٹ کریں: اگر پُر کرنے کے قابل 'ہیلتھ انشورنس نہ ہونے کے بارے میں والدین کا تصدیقی بیان' فارم میں والد/والدہ/سرپرست کے الیکٹرانک دستخط شامل ہیں، تو ان دستخطوں کے ساتھ الیکٹرانک دستخط کی توثیق کا نشان (جو Adobe Acrobat، DocuSign وغیرہ جیسی ایپلی کیشنز کے ذریعے دستیاب ہے) بھی شامل ہونا چاہیے جس میں فارم پر دستخط کی تاریخ اور وقت درج ہو۔ اگر وہ حفاظتی تدبیر دستیاب نہ ہو، تو 'ہیلتھ انشورنس نہ ہونے کے بارے میں والدین کا تصدیقی بیان' فارم لازمی طور پر پرنٹ کیا جانا چاہیے تاکہ والد/والدہ/قانونی سرپرست کاغذی کاپی پر رضامندی کے لیے دستخط کر سکیں۔

سروس کوآرڈینیٹرز کے لیے ہیلتھ انشورنس ٹول کٹ (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

ہیلتھ انشورنس کی معلومات جاری کرنے کا اجازت نامہ - فارم C
(Authorization to Release Health Insurance Information - Form C)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

ہیلتھ انشورنس ٹول کٹ آئٹم 6 - فارم C

نیو یارک ریاست کے پبلک ہیلتھ قانون کے حصہ 2559(3)(c) کے تحت

بچے کا ریفرنس نمبر _____

انشورڈ (بچے) کا نام _____

تاریخ پیدائش _____

والدین/قانونی سرپرست کا نام _____

انشورنس کمپنی کا نام _____

انشورنس پلان کا نام/قسم _____

انشورنس کمپنی کا پتہ _____

انشورنس کمپنی کا فون نمبر _____

پالیسی ہولڈر کا نام _____

پالیسی ہولڈر کا پتہ _____

پالیسی ID/نمبر _____

بچے کا ممبر ID نمبر _____

گروپ نمبر (اگر قابل اطلاق ہو) _____

سروس کوآرڈینیٹر کا نام _____

سروس کوآرڈینیٹر ایجنسی _____

سروس کوآرڈینیٹر کا پتہ _____

سروس کوآرڈینیٹر کا فون نمبر _____

میونسپلٹی _____

میں مذکورہ بالا نام والے انشورڈ فرد کی ہیلتھ انشورنس کوریج کی معلومات کو میرے بچے اور خاندان کے ابتدائی معاونت کے سروس کوآرڈینیٹر، فراہم کنندہ (کنندگان)، ابتدائی معاونت کا پروگرام فراہم کرنے والی کاؤنٹی اور ریاست نیو یارک کے محکمہ صحت اور/یا اس کے ابتدائی معاونت کے مالی ایجنٹ کو جاری کیے جانے کی درخواست کرتا/کرتی اور اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

میں ابتدائی معاونت کے پروگرام کے تحت فراہم کردہ خدمات کے دعوے کرنے میں سہولت کاری اور ان دعووں پر فیصلے کرنے میں مدد دینے کے مقاصد سے ان فریقین اور مذکورہ بالا انشورر کے درمیان معلومات کے تبادلے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

والد/والدہ/قانونی سرپرست کے دستخط _____

دستخط کی تاریخ _____

براہ کرم نوٹ کریں: اگر پُر کرنے کے قابل 'ہیلتھ انشورنس کی معلومات جاری کرنے کا اجازت نامہ' فارم میں والد/والدہ/سرپرست کے الیکٹرانک دستخط شامل ہیں، تو ان دستخطوں کے ساتھ الیکٹرانک دستخط کی توثیق کا نشان (جو Adobe Acrobat، DocuSign وغیرہ جیسی ایپلی کیشنز کے ذریعے دستیاب ہے) بھی شامل ہونا چاہیے جس میں فارم پر دستخط کی تاریخ اور وقت درج ہو۔ اگر وہ حفاظتی تدبیر دستیاب نہ ہو، تو 'ہیلتھ انشورنس کی معلومات جاری کرنے کا اجازت نامہ' فارم لازمی طور پر پرنٹ کیا جانا چاہیے تاکہ والد/والدہ/قانونی سرپرست کاغذی کاپی پر رضامندی کے لیے دستخط کر سکیں۔

سروس کوآرڈینیٹرز کے لیے ہدایات:

والدین یا بنیادی نگہداشت صحت کے پریکٹیشنرز سے تحریری ریفرلز وصول کرنا [PHL § 2559(3)(a)]

پس منظر

یہ سروس کوآرڈینیٹر کی ذمہ داری ہے کہ وہ طبی ضرورت کی دستاویز بندی کرنے کے لیے خاندان سے بچے کے بنیادی نگہداشت کے فراہم کنندہ (PCP) کی جانب سے جاری کردہ تحریری ریفرل حاصل کرے۔

پبلک ہیلتھ لاء (PHL) § 2559(3)(a) والدین یا قانونی سرپرست سے تقاضہ کرتا ہے کہ وہ میونسپلٹی اور سروس کوآرڈینیٹر کو اہل بچوں کے لیے ابتدائی معاونت کی خدمات کی طبی ضرورت کے حوالے سے بنیادی نگہداشت کے ایک فراہم کنندہ (مثلاً فزیشن، نرس پریکٹیشنرز یا فزیشن کے اسسٹنٹ) کی جانب سے تحریری ریفرل فراہم کریں۔

یہ تقاضہ:

- صرف اہل بچوں سے تعلق رکھتا ہے، تاکہ ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات کے لیے معاوضے کا دعویٰ کیا جا سکے،
- صرف جسمانی تھراپی، بول چال اور زبان کی تھراپی، آکوپیشنل تھراپی اور آڈیالوجی جیسی خدمات پر لاگو ہوتا ہے اور اس کا اطلاق ان خدمات پر نہیں ہوتا، جن کے لیے بنیادی نگہداشت کے ایک فراہم کنندہ سے تحریری ریفرل کی ضرورت ہو، جیسا کہ سروس کوآرڈینیٹیشن اور خصوصی تعلیم؛ اور
- بچوں کو ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات وصول ہونے کے لیے لازمی نہیں ہے۔

فارم

ٹول کٹ میں نمونے کا ایک ریفرل فارم (فارم D، بنیادی نگہداشت صحت کے پریکٹیشنرز سے تحریری ریفرل) موجود ہے، جسے ریفرل کے حصول کی کوشش کرتے ہوئے بچے کے بنیادی نگہداشت صحت کے پریکٹیشنرز سے رابطے کے دوران استعمال کیا جا سکتا ہے۔ یہ صرف ایک نمونے کا فارم ہے۔ بنیادی نگہداشت کا فراہم کنندہ اپنا ریفرل فارم استعمال کر سکتا ہے۔

طریقہ کار

گھر کے ابتدائی دورے کے دوران، سروس کوآرڈینیٹر بچے کی ہیلتھ انشورنس کی معلومات جمع کرنے کے لیے ذمہ دار ہے۔ سروس کوآرڈینیٹرز کو کم از کم سہ ماہانہ بنیادوں پر والدین کے ساتھ مل کر ہیلتھ انشورنس کی معلومات کی نظرثانی کرنی چاہیے اور کسی بھی تبدیلی کی صورت میں ضروری فارمز پر اور سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں ہیلتھ انشورنس کی معلومات کی تجدید کرنی چاہیے۔

اگر بچے کے پاس ہیلتھ انشورنس کوریج ہے، تو سروس کوآرڈینیٹر درج ذیل اقدامات کرتا ہے:

- سروس کوآرڈینیٹر بچے کے انڈیویجیونلائزڈ فیملی سروس پلان میں مجاز شدہ خدمات کے لیے طبی ضرورت کی حمایت میں بچے کے بنیادی نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ سے تحریری ریفرل حاصل کرنے کی ضرورت کے متعلق والدین کے ساتھ بات کرتا ہے۔ سروس کوآرڈینیٹرز والدین کو اس مرحلے کی ضرورت کے متعلق وضاحت کرنے کے دوران نمونے کا فارم D، بنیادی نگہداشت صحت کے پریکٹیشنرز سے تحریری ریفرل، کو استعمال کر سکتے ہیں۔
- سروس کوآرڈینیٹر ریفرل فارم کے بالائی خانے میں معلومات کو درج کرتا ہے اور بچے کے انڈیویجیونلائزڈ سروس پلان میں موجود خدمات کو فارم کے ذیلی حصے میں درست خانے میں لکھتا ہے۔ اگر والدین بنیادی نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ سے تحریری ریفرل حاصل کرنے کے قابل نہیں، تو سروس کوآرڈینیٹر کو والدین کی رضامندی کے ساتھ بنیادی نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ سے رابطہ کر کے اور انہیں نمونے کا ریفرل فارم بھیج کر عمل میں مدد کرنی چاہیے۔ تحریری ریفرل حاصل کرنے کے لیے بنیادی نگہداشت کے فراہم کنندہ کو دوبارہ کالوں کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
- ایک مرتبہ تحریری ریفرل فارم بنیادی نگہداشت کے فراہم کنندہ کی جانب سے دستخط کر کے لوٹا دیا جائے تو:
 - سروس کوآرڈینیٹر ان معلومات کو سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں دستاویز بند کر لیتا ہے۔
 - سروس کوآرڈینیٹر بچے کے ابتدائی معاونت کے پروگرام کے فراہم کنندگان کو آگاہ کریں کہ ابتدائی معاونت کی خدمات کا دعویٰ کرنے کے لیے طبی ضرورت کی دستاویز بندی کرنے کے لیے بچے کے بنیادی نگہداشت صحت کے پریکٹیشنرز سے تحریری ریفرل حاصل کر لیا گیا ہے۔ اس فارم کو درخواست کرنے پر فراہم کنندہ کو بھیجا جا سکتا ہے۔
 - سروس کوآرڈینیٹر مکمل شدہ تحریری ریفرل فارم کو بچے کے ریکارڈ میں لگانا اور برقرار رکھتا ہے۔

اہم معلومات

- تحریری ریفرل کو بچے کے اپنے بنیادی نگہداشت کے فراہم کنندہ سے حاصل کیا جانا چاہیے؛ تاہم، اگر بچے کے پاس بنیادی نگہداشت کا فراہم کنندہ نہیں، تو ریفرل بنیادی نگہداشت کے کسی بھی ایسے فراہم کنندہ سے حاصل کیا جا سکتا ہے، جو بچے کی طبی نگہداشت اور حالت سے واقف ہو۔ میں وہ پریکٹیشنر شامل ہو سکتا ہے، جس نے ابتدائی معاونت کی خدمات کے لیے اہلیت کا تعین کرنے کے لیے بچے کی ابتدائی کثیر الشعبہ جانچ کے حصے کے طور پر بچے کا طبی جائزہ لیا تھا۔
- تحریری ریفرل ایک فزیشن، نرس پریکٹیشنر یا فزیشن کے اسسٹنٹ کی جانب سے فراہم کیا جا سکتا ہے۔
- تحریری ریفرل کو برحاطہ شدہ خدمت کے لیے صرف ایک مرتبہ حاصل کیے جانے کی ضرورت ہے۔ بچے کی ابتدائی معاونت کے پروگرام میں شرکت کے دوران انڈیویجوئلائزڈ فیملی سروس پلان میں شامل کی جانے والی تمام خدمات (ماسوائے سروس کوآرڈینیشن اور خصوصی تعلیم) کے لیے ایک تحریری ریفرل حاصل کیا جانا چاہیے۔
- ایک انڈیویجوئلائزڈ فیملی سروس پلان کو پورا کرنے کے لیے خدمات کا حکم، جیسا کہ 10 NYCRR section 69-4.11(a)(10)(ii) میں تقاضہ کردہ ہے، اس تقاضے کو پورا کرنے کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ کسی مخصوص خدمت کا حکم اس خدمت کے لیے بنیادی نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ کی جانب سے ریفرل کی ضرورت کو پورا کرتا ہے، اگر یہ بچے کے بنیادی نگہداشت کے فراہم کنندہ سے حاصل کیا گیا ہو یا اگر بچے کے پاس بنیادی نگہداشت کا فراہم کنندہ نہیں، تو یہ بنیادی نگہداشت کے کسی بھی ایسے فراہم کنندہ سے حاصل کیا جا سکتا ہے، جو بچے کی طبی نگہداشت اور حالت سے واقف ہو۔

اگر خاندان کے پاس ہیلتھ انشورنس کوریج ہو، تو براہ کرم یاد رکھیں:

سروس کوآرڈینیشن بچے کے بنیادی نگہداشت کے فراہم کنندہ سے تحریری ریفرل کے حصول کو یقینی بنانے کے لیے ذمہ دار ہے۔ تحریری ریفرل Medicaid managed care یا Medicaid کے حامل بچوں کے لیے ضروری ہے۔

براہ کرم نوٹ کریں: یہ تحریری ریفرل خدمات کی فراہمی کے لیے ضروری نہیں، صرف دعووں کے لیے ہے۔ انڈیویجوئلائزڈ فیملی سروس پلان میں موجود خدمات بچوں اور خاندان کو فراہم کی جانی چاہیں، بے شک اگر بنیادی نگہداشت کے فراہم کنندہ سے تحریری ریفرل حاصل نہ کیا جا سکے۔ ایسی صورتوں میں، بچے کی فائل اور سروس کوآرڈینیشن نوٹس میں دستاویز بندی کو ظاہر کرنا چاہیے کہ بچے کے بنیادی نگہداشت کے فراہم کنندہ سے تحریری ریفرل حاصل نہیں کیا جا سکا تھا۔ کسی بھی صورت میں، بنیادی نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ سے طبی ضرورت کے تحریری حکم کے حصول کے تقاضے کی وجہ سے بچے کو خدمات سے انکار نہیں کیا جانا چاہیے اور نہ ہی خدمات میں تاخیر کا سامنا کرنا چاہیے۔

سروس کوآرڈینیٹرز کے لیے ہیلتھ انشورنس ٹول کٹ (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

بنیادی نگہداشت صحت کے پریکٹیشنر سے تحریری ریفرل طبی ضرورت کی دستاویز - فارم D
(Written Referral from Primary Health Care Practitioner
Documentation of Medical Necessity - Form D)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

ہیلتھ انشورنس ٹول کٹ آئٹم 8 - فارم D

نیو یارک ریاست کے پبلک ہیلتھ قانون کے حصہ (c) 2559(3) کے تحت

بچے کا نام (پہلا/درمیانہ/آخری)

بچے کی تاریخ پیدائش

والد/والدہ/قانونی سرپرست کا نام

فون نمبر

سروس کوآرڈینیٹر

فون نمبر

بنیادی صحت کے محترم پریکٹیشنر:

نیو یارک ریاست کے پبلک ہیلتھ قانون کے حصہ (a) 2559(3) کے تحت، والدین کے لیے ضروری ہے کہ وہ ایک کثیر الشعبہ جانچ کے ذریعے ابتدائی معاونت کے پروگرام کے لیے اہل پائے جانے والے ابتدائی معاونت والے بچوں کے لیے ابتدائی معاونت کی خدمات کے لیے طبی ضرورت کی دستاویز بندی کے طور پر ابتدائی معاونت کے پروگرام کو بنیادی نگہداشت صحت کے ایک پریکٹیشنر کی جانب سے ایک تحریری ریفرل فراہم کریں۔ یہ معلومات ان خدمات کے لیے دعووں کے عمل درآمد کو ممکن بنانے کے لیے مانگی جاتی ہیں۔ بیورو آف ارلی انٹروینشن نے ایک مکمل اور درست ریفرل کو ممکن بنانے کے لیے یہ فارم بنایا ہے۔ تاہم، آپ اپنی مرضی کا فارم استعمال کر سکتے ہیں، بشرطیکہ اس میں تمام ضروری معلومات موجود ہوں۔ ذیل میں درخواست کردہ معلومات فراہم کرنے میں آپ کی معاونت کا شکریہ۔

مریضوں کا جائزہ اور متعلقہ طبی سرگزشت

تشخیص، بشمول تشخیص کردہ بیماری یا نشوونما میں تاخیر اور متعلقہ انٹرنیشنل کلاسیفیکیشن آف ڈیزیزز (International Classification of Diseases, ICD) کوڈ(ز)، جو ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات سے تعلق رکھتے ہوں۔

بچے کے انڈیوجولائزڈ فیملی سروس پلان (IFSP) میں شناخت کردہ ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات

پیشگی اجازت کا نمبر (صرف
انشورر کے استعمال کے لیے)

شرح/دورانیہ

خدمت کی قسم

IFSP کے مطابق

IFSP کے مطابق

IFSP کے مطابق

IFSP کے مطابق

IFSP کے مطابق

IFSP کے مطابق

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ بچے کی پیش رفت کا جائزہ لینے کے لیے ایک اہل پیشہ ور کی جانب سے ابتدائی معاونت کی مندرجہ بالا خدمات کے باقاعدگی کے ساتھ مسلسل جائزہ/جانچ کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ میں _____ (بچے) کو اس کے انڈیوجولائزڈ فیملی سروس پلان میں شناخت کردہ خدمات کے حصول کے لیے ابتدائی معاونت کے پروگرام کی جانب ریفر کرتا/کرتی ہوں۔

پریکٹیشنر کے دستخط _____ (اصل) تاریخ _____

پریکٹیشنر کا نام (بڑے حروف میں) _____

فون نمبر _____

پریکٹیشنر کا پتہ _____

NYS لائسنس نمبر _____ نیشنل پرووائیڈر آئیڈنٹیفیکیشن نمبر _____

MEDICAID کو MEDICAID MANAGED CARE میں اندراج شدہ بچوں کے لیے بل بھیجنے کے حوالے سے رہنمائی

ریاست نیو یارک کی تقریباً تمام کاؤنٹیز میں، ایک مرتبہ جس ایک بچے کا Medicaid کے لیے اہل کے طور پر تعین ہو جائے، تو ان سے ایک Managed Care انشورنس پلان میں شامل ہونے کا تقاضہ کیا جاتا ہے۔ ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمات Medicaid Managed Care میں سے فراہم کی جاتی ہیں۔ لہذا، ابتدائی معاونت کے پروگرام کی خدمت کے دعوے Managed Care انشورنس کو نہیں بھیجے جاتے؛ یہ Medicaid پروگرام کو خدمات کی-فیس کی بنیادوں پر براہ راست بھیجے جاتے ہیں۔ Medicaid کو درست طریقے سے بل دینے اور بھیجے جانے کے لیے Medicaid اور Medicaid Managed Care کی معلومات کو درست طریقے سے سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں ریکارڈ کیا جانا چاہیے۔

سروس کوآرڈینیٹرز اور میونسپلٹیوں کو اس بات کو یقینی بنانے کے لیے ایک ساتھ کام کرنا ہو گا کہ سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں درست معلومات شامل کی جائیں اور یہ کہ اگر ضرورت ہو، تو جتنی جلدی ممکن ہو سکے، بچے کی پالیسی کی معلومات کے حوالے سے کوئی بھی غلط معلومات سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں ٹھیک کی جائیں، تاکہ مستقبل کے دعووں کے بل غلطی سے Managed Care انشورنس کو بھیجے جانے سے بچا جا سکے۔ یہ انتہائی اہم ہے کہ سروس کوآرڈینیٹرز بچے کی بیلٹھ انشورنس اور/یا Medicaid کوریج کی درست صورتحال کا تعین کرنے کے لیے ضرورت کے مطابق میونسپلٹیوں اور خاندانوں کے ساتھ مل کر کام کریں۔

سروس کوآرڈینیٹرز کم از کم سہ ماہانہ طور پر اور کبھی بھی خاندان کی بیلٹھ انشورنس کی صورتحال میں تبدیلی آنے کی صورت میں بچے کی بیلٹھ انشورنس کی معلومات کے متعلق خاندان کے ساتھ نظرثانی اور تجدید کریں۔ Medicaid پروگرام میں اندراج شدہ بچوں کی صورت میں، سروس کوآرڈینیٹر کو بچے کا Medicaid کلائنٹ آئیڈینٹیفیکیشن نمبر (CIN) حاصل کرنا ہو گا اور بلنگ کے مقاصد کے لیے اسے سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں ڈالنا ہو گا۔ اس کے علاوہ، سروس کوآرڈینیٹر کو اپنے کیس لوڈز میں Medicaid کوریج والے تمام بچوں کی Medicaid Managed Care پلان کی معلومات کی تصدیق کرنی ہو گی۔ سٹیٹ ڈیٹا سسٹم میں درج کی جانے والی معلومات کو eMedNY سسٹم میں شامل معلومات کے مطابق ہونا چاہیے۔

سروس کوآرڈینیٹرز Medicaid Managed Care کی صورتحال کی تصدیق کرنے کے لیے Medicaid ایلجیبلٹی ویریفیکیشن سسٹم (Medicaid Eligibility Verification System. MEVS) کو استعمال کر سکتے ہیں، جو خودکار، ٹچ ٹون والا ٹیلیفون ایکسیس سسٹم ہے۔ اگر بچہ Medicaid Managed Care پلان میں اندراج شدہ ہے، تو MEVS ایک Medicaid Managed Care پلان کی شناخت کرے گا اور Medicaid Managed Care پلان کے نام، پلان کے پتے اور پلان کے فون نمبر کے حوالے سے معلومات فراہم کرے گا۔ براہ کرم فون لائن کو استعمال کرنے کے حوالے سے ہدایات کے لیے درج ذیل لنک پر پائی جانے والی MEVS کوٹک ریفرنس گائیڈ (MEVS Quick Reference Guide) کو استعمال کریں:

https://www.emedny.org/ProviderManuals/5010/MEVS%20Quick%20Reference%20Guides/5010_MEVS_Telephone_Quick_Reference_Guide.pdf

ٹرانزیکشنز کے زیادہ حجم (50 فی مہینہ سے زیادہ) والی سروس کوآرڈینیٹیشن ایجنسیاں یہی معلومات ePACES کے ذریعے حاصل کر سکتی ہیں، جو کمپیوٹر پر مبنی ایک پروگرام ہے۔ ePACES تک رسائی کے استعمال کے حوالے سے مزید معلومات کے لیے، براہ کرم eMedNY کال سنٹر کو 1-800-343-9000 پر کال کریں۔

اس کے علاوہ، Medicaid Managed Care فراہم کنندگان کے حوالے سے کاؤنٹی کے مطابق معلومات دستیاب ہیں، جس میں ہر کاؤنٹی میں Medicaid Managed Care پلانز فراہم کرنے والی کمپنیاں موجود ہیں۔ یہ معلومات درج ذیل لنک پر موجود ہیں: http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/pdf/cnty_dir.pdf

Medicaid کے دعوے کے قواعد تقاضہ کرتے ہیں کہ ایک دعوے میں بچے کی انشورنس پالیسی کی تمام ممکنہ معلومات شامل ہوں۔ اس میں بچے کے Medicaid Managed Care پلان کی پالیسی کے بنیادی حصے شامل ہیں۔ اگر یہ معلومات Medicaid دعوے میں موجود نہیں، تو Medicaid دعوے کو رد کر دے گا۔

اگر بچے کا پلان Medicaid Managed Care ہو، تو Medicaid کلائنٹ آئیڈینٹیفیکیشن نمبر (CIN) اور Medicaid Managed Care انشورنس کمپنی کی معلومات دونوں کو لازمی طور پر ریاستی ڈیٹا سسٹم میں تحریری طور پر ریکارڈ کیا جانا چاہیے۔ تمام مکمل کردہ فارمز کی ایک نقل بچے کے ریکارڈ اور ریاستی ڈیٹا سسٹم میں برقرار رکھیں۔

ریاستی ڈیٹا سسٹم میں بیلٹھ انشورنس کی معلومات درج کرنے کے حوالے سے ہدایات کے لیے، براہ کرم یوزر مینوئل اور دستیاب جاب ایڈز ملاحظہ کریں۔

اندراج، اخراج کے بارے میں مزید معلومات یا Medicaid Managed Care کے حوالے سے عمومی معلومات کے لیے، براہ کرم نیو یارک ریاست محکمہ صحت کی Managed Care کی ویب سائٹ کو http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/index.htm پر ملاحظہ کریں یا Medicaid Managed Care ہیلپ لائن کو 1-800-505-5678 پر کال کریں۔