|  |  |
| --- | --- |
| ***उत्तरी कैरोलिना इन्फ़ेंट-टॉडलर कार्यक्रम*** |       |

***बीमा सूचना की वर्कशीट***

|  |
| --- |
| ***बीमा जानकारी के सत्यापन के लिए सेवा प्रदाता ज़िम्मेदार है। इस फ़ॉर्म पर दी गई जानकारी भुगतान की गारंटी नहीं देती है।*** |
| 1. **बच्चे की जानकारी:**
 |  |  | *ITP SFS %* | *मासिक अधिकतम कैप* | *पूरा होने की तिथि* |
|       |       |       |       |       |       |
| *बच्चे का पहला नाम* | *मध्य/प्रत्यय* | *बच्चे का अंतिम नाम* |       |       |       |
|       |       |     |       |       |       |       |
| *पता* | *शहर* | *राज्य* | *ज़िप कोड* |  |
|       | *लिंग:* [ ] पुरुष [ ]  महिला |       |       |
| *जन्म तिथि:* |  | *घर का टेलीफ़ोन:* | *अन्य टेलीफ़ोन संपर्क:* |
| 1. **बीमा की जानकारी:**
 |
| **Medicaid#**: |       | अगर कैरोलिना एक्सेस है, तो प्राथमिक देखभाल चिकित्सक की सूची बनाएं:       |
| पात्रता की तिथि: |       | समाप्ति की तिथि: |       | **[ ]**  प्राथमिक **[ ]**  अन्य प्रभावी नीति (नीचे देखें) |
| **प्राथमिक नीति** : | [ ]  व्यक्ति [ ]  समूह [ ]  HMO/PPO [ ]  सैन्य बीमा | **द्वितीयक नीति** : | [ ]  व्यक्ति [ ]  समूह [ ]  HMO/PPO [ ]  सैन्य बीमा |
| बीमा का नाम: |       | बीमा का नाम: |       |
| नियोक्ता/समूह: |       | नियोक्ता/समूह: |       |
| पॉलिसी#/ बीमा ID#: |       | पॉलिसी #// बीमा ID#: |       |
| समूह ID#: |       | समूह ID#: |       |
| प्रभावी तिथि: |       | प्रभावी तिथि: |       |
| दावा फ़ोन #: |       | दावा फ़ोन #: |       |
| दावा पता: |       | दावा पता: |       |
| शहर: |       | राज्य:       | ज़िप:       | शहर:  |       | राज्य:       | ज़िप:       |
| सब्सक्राइबर का नाम: |       | सब्सक्राइबर का नाम: |       |
| ग्राहक से सब्सक्राइबर का संबंध: |       | सब्सक्राइबर की जन्म तिथि:       | ग्राहक से सब्सक्राइबर का संबंध: |       | सब्सक्राइबर की जन्म तिथि:       |
| सब्सक्राइबर गारंटर है: | [ ]  हां [ ]  नहीं | लिंग: [ ]  पुरुष [ ]  महिला | सब्सक्राइबर गारंटर है: | [ ]  हां [ ]  नहीं | लिंग: [ ]  पुरुष [ ]  महिला |
| सब्सक्राइबर का पता: |       | सब्सक्राइबर का पता: |       |
| [ ]  प्राथमिक नीति से जुड़ा स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति अकाउंट। | [ ]  प्राथमिक नीति से जुड़ा स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति अकाउंट। |
| [ ]  स्वास्थ्य व्यय अकाउंट प्राथमिक से जुड़ा हुआ है। **(सुनिश्चित करें कि ऑटो ड्राफ्ट अक्षम किया गया है!)** | [ ]  स्वास्थ्य व्यय अकाउंट प्राथमिक से जुड़ा हुआ है। **(सुनिश्चित करें कि ऑटो ड्राफ्ट अक्षम किया गया है!)** |
| **नेटवर्क लाभ में** | **नेटवर्क लाभ में** |
| **लाइफटाइम कैप:** | [ ]  हां [ ]  नहीं | **LT कैप राशि** |  | **लाइफटाइम कैप:** | [ ]  हां [ ]  नहीं | **LT कैप राशि** |  |
| सहबीमा: |  | सह-भुगतान: |  | सहबीमा: |  |  |  |
| कटौती के योग्य: |  | राशि प्राप्त: |  | कटौती के योग्य: |  | राशि प्राप्त: |  |
| **नेटवर्क लाभों से बाहर** | **नेटवर्क लाभों से बाहर** |
| **लाइफटाइम कैप:** | [ ]  हां [ ]  नहीं | **LT कैप राशि** |  | **लाइफटाइम कैप:** | [ ]  हां [ ]  नहीं | **LT कैप राशि** |  |
| सहबीमा: |  | सह-भुगतान: |  | सहबीमा: |  | सह-भुगतान: |  |
| कटौती के योग्य: |  | राशि प्राप्त: |  | कटौती के योग्य: |  | राशि प्राप्त: |  |
| **क्या मूल्यांकन के लिए पूर्व अनुमति आवश्यक है?** [ ]  हां [ ]  नहीं | **क्या मूल्यांकन के लिए पूर्व अनुमति आवश्यक है?** [ ]  हां [ ]  नहीं |
| ***कृपया निम्नलिखित सेवाओं के लाभों की सूची बनाएं:*** | ***कृपया निम्नलिखित सेवाओं के लाभों की सूची बनाएं:*** |
| मूल्यांकन:       | मूल्यांकन:       |
| व्यावसायिक चिकित्सा:       | व्यावसायिक चिकित्सा:       |
| शारीरिक चिकित्सा:       | शारीरिक चिकित्सा:       |
| स्पीच चिकित्सा:       | स्पीच चिकित्सा:       |
| अन्य सेवाएं:       | अन्य सेवाएं:       |
| **क्या विशेष चिकित्सा के लिए पूर्व अनुमति आवश्यक है?**[ ]  हां [ ]  नहीं | **क्या विशेष चिकित्सा के लिए पूर्व अनुमति आवश्यक है?**[ ]  हां [ ]  नहीं |