|  |  |
| --- | --- |
| ***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 | | | | | | | | | | | | | |