|  |  |
| --- | --- |
| ***نارتھ کیرولینا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام*** |       |

***انشورنس انفارمیشن ورک شیٹ***

|  |
| --- |
| ***سروس فراہم کنندہ انشورنس کی معلومات کی تصدیق کے لیے ذمہ دار ہے۔ اس فارم پر موجود معلومات ادائیگی کی ضمانت نہیں ہے۔*** |
| 1. **بچوں کی معلومات:**
 |  |  | *ITP SFS %‎* | *ماہانہ زیادہ سے زیادہ کیپ* | *مکمل ہونے کی تاریخ* |
|       |       |       |       |       |       |
| *بچے کا پہلا نام* | *درمیانی/ لاحقہ* | *بچے کا آخری نام* |       |       |       |
|       |       |     |       |       |       |       |
| *پتہ* | *شہر* | *ریاست* | *زپ کوڈ* |  |
|       | *جنس:* [ ] مرد[ ]  خاتون |       |       |
| *تاریخ پیدائش:* |  | *گھر کا ٹیلی فون:* | *دیگر ٹیلی فون رابطہ:* |
| 1. **انشورنس کی معلومات** **:**
 |
| **میڈیکیڈ #** : |       | اگر کیرولینا ACCESS ہے تو، بنیادی نگہداشت کے معالج کی فہرست دیں:       |
| اہلیت کی تاریخ: |       | میعاد ختم ہونے کی تاریخ: |       | **[ ]**  بنیادی  **[ ]**  دوسری پالیسی عمل میں ہے (نیچے ملاحظہ کریں) |
| **بنیادی پالیسی** : | [ ]  انفرادی[ ]  گروپ[ ]  HMO/PPO[ ]  ملٹری انشورنس | **ثانوی پالیسی** : | [ ] انفرادی[ ]  گروپ[ ]  HMO/PPO[ ]  ملٹری انشورنس |
| انشورنس کا نام: |       | انشورنس کا نام: |       |
| آجر/گروپ: |       | آجر/گروپ: |       |
| پالیسی#/ Ins. ID#: |       | پالیسی #/ Ins. ID#: |       |
| گروپ ID #: |       | گروپ ID #: |       |
| مؤثر تاریخ: |       | مؤثر تاریخ: |       |
| دعوے سے متعلق فون نمبر: |       | دعوے سے متعلق فون نمبر: |       |
| دعوے سے متعلق پتہ: |       | دعوے سے متعلق پتہ: |       |
| شہر: |       | ریاست:       | زپ:       | شہر:  |       | ریاست:       | زپ:       |
| سبسکرائبر کا نام: |       | سبسکرائبر کا نام: |       |
| کلائنٹ سے سبسکرائبر کا رشتہ: |       | سبسکرائبرکی تاریخ پیدائش:       | کلائنٹ سے سبسکرائبر کا رشتہ: |       | سبسکرائبرکی تاریخ پیدائش:       |
| سبسکرائبر ضامن ہے: | [ ]  ہاں [ ]  نہیں | جنس: [ ]  مرد[ ]  خاتون | سبسکرائبر ضامن ہے: | [ ]  ہاں [ ]  نہیں | جنس: [ ]  مرد[ ]  خاتون |
| سبسکرائبر کا پتہ: |       | سبسکرائبر کا پتہ: |       |
| [ ]  پرائمری پالیسی کے ساتھ منسلک ہیلتھ ری ایمبرسمنٹ اکاؤنٹ۔ | [ ]  پرائمری پالیسی کے ساتھ منسلک ہیلتھ ری ایمبرسمنٹ اکاؤنٹ۔ |
| [ ]  صحت کے اخراجات کا اکاؤنٹ پرائمری سے منسلک ہے۔ **(آٹو ڈرافٹ کو غیر فعال کرنے کو یقینی بنائیں!)** | [ ]  صحت کے اخراجات کا اکاؤنٹ پرائمری سے منسلک ہے۔ **(آٹو ڈرافٹ کو غیر فعال کرنے کو یقینی بنائیں!)** |
| **نیٹ ورک کے اندر فوائد** | **نیٹ ورک کے اندر فوائد** |
| **لائف ٹائم کیپ:** | [ ]  ہاں [ ]  نہیں | **لائف ٹائم کیپ کی رقم** |  | **لائف ٹائم کیپ:** | [ ]  ہاں [ ]  نہیں | **لائف ٹائم کیپ کی رقم** |  |
| مشترکہ انشورنس: |  | ضمنی ادائیگی: |  | مشترکہ انشورنس: |  |  |  |
| قابل کٹوتی: |  | رقم مکمل کر دی گئی: |  | قابل کٹوتی: |  | رقم مکمل کر دی گئی: |  |
| **نیٹ ورک سے باہر کے فوائد** | **نیٹ ورک سے باہر کے فوائد** |
| **لائف ٹائم کیپ:** | [ ]  ہاں [ ]  نہیں | **لائف ٹائم کیپ کی رقم** |  | **لائف ٹائم کیپ:** | [ ]  ہاں [ ]  نہیں | **لائف ٹائم کیپ کی رقم** |  |
| مشترکہ انشورنس: |  | ضمنی ادائیگی: |  | مشترکہ انشورنس: |  | ضمنی ادائیگی: |  |
| قابل کٹوتی: |  | رقم مکمل کر دی گئی: |  | قابل کٹوتی: |  | رقم مکمل کر دی گئی: |  |
| **کیا جائزے کے لیے پیشگی اجازت درکار ہے؟**[ ]  ہاں [ ]  نہیں | **کیا جائزے کے لیے پیشگی اجازت درکار ہے؟**[ ]  ہاں [ ]  نہیں |
| ***براہ کرم درج ذیل سروسز کے فوائد کی فہرست بنائیں:*** | ***براہ کرم درج ذیل سروسز کے فوائد کی فہرست بنائیں:*** |
| جائزے:       | جائزے:       |
| پیشہ ورانہ تھراپی:       | پیشہ ورانہ تھراپی:       |
| جسمانی تھراپی:       | جسمانی تھراپی:       |
| گویائی تھراپی:       | گویائی تھراپی:       |
| دیگر سروسز:       | دیگر سروسز:       |
| **کیا خصوصی تھراپی کے لیے پیشگی اجازت درکار ہے؟**[ ]  ہاں [ ]  نہیں | **کیا خصوصی تھراپی کے لیے پیشگی اجازت درکار ہے؟**[ ]  ہاں [ ]  نہیں |