

A Chance for Therapy, Inc.

Fòm Aplikasyon pou Sibvansyon oswa Pwodwi pou Terapi nan Kay - Pati B

ENFÒMASYON JENERAL APLIKAN/TIMOUN NAN

NON: _____ PRENON: _____
LAJ AKTYÈL : _____ DAT NESANS: _____ SEKS : M _____ F _____
DIAGNOSTIK _____
KI KALITE TERAPI W AP CHACHE? (TCHEKE YOUN SELMAN)
FIZIK: _____ OKIPASYONÈL: _____ PAWÒL: _____
SEKIRITE SOSYAL: _____ DAT APLIKASYON: _____
KI JAN OU FÈ KONNEN ACT4ME?: _____

ENFÒMASYON JENERAL PARAN/GADYEN

GADYEN #1- ESPESIFYE RELASYON AVÈK TIMOUN NAN: _____

NON: _____ PRENON: _____
ETA SIVIL : _____ SEKIRITE SOSYAL: _____
ADRÈS: _____ # APATMAN: _____
VIL: _____ ETA: _____ KÒD POSTAL: _____
NON/ADRÈS ANPLWAYÈ: _____
VIL: _____ ETA: _____ KÒD POSTAL: _____
TELEFÒN NAN KAY: _____ SELILÈ: _____
TELEFÒN TRAVAY: _____ IMÈL: _____

GADYEN #2 - ESPESIFYE RELASYON AVÈK TIMOUN NAN: _____

NON: _____ PRENON: _____
ETA SIVIL : _____ SEKIRITE SOSYAL: _____
ADRÈS: _____ # APATMAN: _____
VIL: _____ ETA: _____ KÒD POSTAL: _____
NON/ADRÈS ANPLWAYÈ: _____
VIL: _____ ETA: _____ KÒD POSTAL: _____
TELEFÒN NAN KAY: _____ SELILÈ: _____
TELEFÒN TRAVAY: _____ IMÈL: _____

TERAPI PRIVE APLIKAN AN TE ALE

ÈSKE PITIT OU AKTYÈLMAN AP RESEVWA TERAPI PRIVE? Y____N____
FIZIK: Y____N____ ÈDTAN PA SEMÈN: _____
NON FOUNISÈ: _____ TELEFÒN: _____
OKIPASYONÈL: Y____N____ ÈDTAN PA SEMÈN: _____
NON FOUNISÈ: _____ TELEFÒN: _____
PAWÒL: Y____N____ ÈDTAN PA SEMÈN: _____
NON FOUNISÈ: _____ TELEFÒN: _____

ENÒMASYON REVNI FANMI

GADYEN # 1 REVNI BRI ANYÈL: _____
GADYEN # 2 REVNI BRI ANYÈL: _____
LÒT SOUS AK VALÈ REVNI ANYÈL: _____

KOUVÈTI ASIRANS SANTE APLIKAN/TIMOUN NAN

NON ASIRANS: _____
ADRÈS ASIRANS: _____
MOUN POU W KONTAKTE: _____ TELEFÒN: _____
NIMEWO IDANTIFIKASYON: _____ NIMEWO GWROUP: _____
ASIRE PRENSIPAL: _____ RELASYON: _____
ÈSKE GEN YON KALITE TERAPI KI KOUVRI NAN ASIRANS OU AN? Y____N____
SI SE WI, KI KALITE TERAPI AK KONBYEN SESYON PA ANE? _____
ÈSKE OU KA MANDE PLIS SESYON AVÈK ASIRANS OU AN? Y____N____

OTORIZASYON POU PIBLIYE ENFÒMASYON SANTE KI PWOTEJE

SA A OTORIZE ITILIZASYON AK/OSWA PIBLIKASYON ENFÒMASYON SANTE KI PWOTEJE JAN YO NOTE ANWO A POU OBJEKTIF PWOSIS REVIZYON SIBVANSYON AN PA ACT4ME, INC. MWEN _____

RELASYON AVÈK APLIKAN AN: _____ (EKRI NON AN LÈT DETACHE) BAY PÈMISYON POU ACT4ME, INC., KOMISYON KONSÈY DIREKTÈ A AK/OSWA KOMISYON REVIZYON SIBVANSYON AN, POU VERIFYE TOUT ISTWA MEDIKAL, KOUVÈTI ASIRANS AK ENFOMASYON TRETMAN, LÈ W KONTAKTE FOUNISÈ YO DIRÈKTEMAN. MWEN GEN DWA POU M REVOKE OTORIZASYON SA A ALEKRI BAY ACT4ME, INC., NENPÒT LÈ, NAN SÈVI AK LÈT SÈTIFYE KI GEN RESI POU RETOUNEN NAN LAPOS. SA PRAL ANILE PWOSIS REVIZYON SIBVANSYON, APLIKASYON AK PRIM YO TOU.

DAT: _____ GADYEN # 1- SIYATI: _____

DAT: _____ GADYEN # 2- SIYATI: _____

PWODWI POU TERAPI NAN KAY

OU KAPAB MANDE FON POU TRETMAN DIRÈK AVÈK FOUNISÈ TERAPI TIMOUN NAN POU YON MONTAN SIBVANSYON YON SÈL FWA KI PA DWE DEPASE \$3,500.00 OSWA POU PWODWI TERAPI NAN KAY KI PA DWE DEPASE MENM MONTAN AN.
DEMANN SIBVANSYON MWEN APLIKE POU:

TRETMAN DIRÈK: WI _____ NON _____

OSWA

PWODWI POU TERAPI NAN KAY: WI _____ NON _____

TANPRI DEKRI ATIK OU BEZWEN AN ANBA A. ASIRE POU W ENKLI DESKRIPSYON ATIK LA, FOUNISÈ A, AK PRI A. OU KAPAB UTILIZE YON FÈY SEPARÈ SI LI NESESÈ.

SIYATI POU DEMANN SIBVANSYON

ÈSKE OU AKTYÈLMAN MANDE YON SIBVANSYON NAN YON LÒT ÒGANIZASYON?
WI _____ NON _____ SI SE WI EKSPLIKE

ÈSKE OU JANM MANDE YON SIBVANSYON NAN ACT4ME, INC.? :
WI _____ NON _____ SI SE WI EKSPLIKE: _____

MWEN _____ SÈTIFYE KE TOUT ENFÒMASYON KI NAN APLIKASYON SA A SE VRE E YO KA VERIFYE.

SIYATI PARAN/GADYEN# 1 DAT

SIYATI PARAN/GADYEN# 2 DAT

Pati B - Paj 4/4