

Massachusetts Parental Notice for One Time Consent to Allow the School District To Access MassHealth (Medicaid) Benefits

اسم المديرية التعليمية ورمزها:

جهة الاتصال بالمدرسة/المديرية التعليمية:

ولي الأمر/الوصي العزيز،

الغرض من هذا الخطاب هو طلب الإذن منك (يُطلق عليه أيضًا اسم الموافقة) بمشاركة معلومات عن طفلك مع برنامج التأمين الصحي بولاية ماساتشوستس "MassHealth". تمت الموافقة على إعطاء المجتمعات المحلية في ولاية ماساتشوستس تعويضات جزئية من برنامج "MassHealth" عن تكاليف بعض الخدمات الصحية المُقدَّمة من المديرية التعليمية لطفلك (أو أطفالك). ولكي يستعيد مجتمعك بعض الأموال المُنفقة على الخدمات، يجب على المديرية التعليمية مشاركة الأنواع التالية من المعلومات عن طفلك مع برنامج "MassHealth": الاسم وتاريخ الميلاد والنوع الجنسي ونوع الخدمات المُقدَّمة ووقت تقديمها ومكان تقديمها والجهة التي قدمتها والرقم التعريفي ببرنامج "MassHealth".

ستصبح المديرية التعليمية بعد الحصول على إذنك قادرة على السعي إلى الحصول على تعويض جزئي عن الخدمات المُقدَّمة من برنامج "MassHealth" التي تشمل على سبيل المثال وليس الحصر ما يلي: فحص السمع أو فحص النظر والعلاج البدني أو العلاج الوظيفي أو علاج التخاطب في المدرسة وبعض زيارات ممرضة المدرسة وخدمات الإرشاد مع الأخصائي الاجتماعي المدرسي أو الأخصائي النفسي في المدرسي. وسترسل لك المديرية التعليمية في كل عام إشعارًا بشأن الإذن الذي منحتة إياه، لست في حاجة إلى توقيع نموذج كل عام.

لا تستطيع المديرية التعليمية مشاركة المعلومات عن طفلك مع برنامج "MassHealth" بدون الحصول على إذنك. وأثناء التفكير في منح الإذن، برجاء العلم بما يلي:

1. لا يحق للمديرية التعليمية أن تفرض عليك التسجيل في برنامج "MassHealth" حتى يحصل طفلك على الخدمات الصحية و/أو خدمات التعليم الخاص التي يحق لطفلك الحصول عليها.

2. لا يحق للمديرية التعليمية أن تفرض عليك دفع أي شيء من تكاليف الخدمات الصحية و/أو خدمات التعليم الخاص المُقدَّمة لطفلك. وهذا يعني أنه لا يحق للمديرية التعليمية أن تفرض عليك الاشتراك في دفع مبالغ أو استقطاعات حتى تستطيع مطالبة برنامج "MassHealth" بتعويضها عن الخدمات المُقدَّمة. ويمكن للمديرية التعليمية أن توافق على الاشتراك في دفع مبالغ أو استقطاعات إذا كانت أي تكلفة من هذا النوع متوقعة.

3. إذا أعطيت المديرية التعليمية الإذن بمشاركة معلومات مع برنامج "MassHealth" وطلب التعويض منه:

a. لن يؤثر هذا في التغطية مدى الحياة المتاحة لطفلك أو في أي إعانات أخرى مُقدَّمة من برنامج "MassHealth"، ولن يضع هذا بأي حال من الأحوال قيودًا على استخدام أسرتك إعانات برنامج "MassHealth" خارج المدرسة.

b. لن يؤثر إذنك في خدمات التعليم الخاص المُقدَّمة لطفلك أو حقوق البرنامج التربوي الفردي (IEP) بأي شكل من الأشكال، إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على هذه الخدمات.

c. لن يؤدي إذنك إلى وقوع أي تغييرات في حقوق الطفل في برنامج "MassHealth".

d. لن يؤدي إذنك إلى التعرض لأي خطر يجعلك تفقد الأهلية في برامج أخرى مُمولة من برنامج المساعدات الطبية "Medicaid" أو برنامج "MassHealth".

4. إذا أعطيت الإذن، ما زال لك الحق في تغيير رأيك وسحب إذنك في أي وقت.

5. إذا سحبت إذنك أو رفضت السماح للمديرية التعليمية بمشاركة سجلات طفلك ومعلوماته مع برنامج "MassHealth" لغرض طلب التعويض عن تكلفة الخدمات، ستظل المديرية التعليمية مسؤولة عن تقديم الخدمات لطفلك بدون أي تكلفة.

أنا قرأت الإشعار وفهمته، وأجيب على أي أسئلة طرحتها. وأعطي الإذن للمديرية التعليمية بمشاركة السجلات والمعلومات المتعلقة بطفلي (أطفالي) وخدماتهم الصحية -حسب الضرورة- مع برنامج "MassHealth". وأنا أعلم أن هذا سيساعد مجتمعنا في السعي إلى الحصول على تعويض جزئي من الخدمات المشمولة في برنامج "MassHealth".

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

اسم الطفل:	تاريخ الميلاد:	رقم الطالب بالولاية (يملاً من طرف المديرية التعليمية):
اسم الطفل:	تاريخ الميلاد:	رقم الطالب بالولاية (يملاً من طرف المديرية التعليمية):
اسم الطفل:	تاريخ الميلاد:	رقم الطالب بالولاية (يملاً من طرف المديرية التعليمية):

Add more children

مُنقَّح في يونيو 2018

نموذج وزارة التعليم الابتدائي والثانوي بولاية ماساتشوستس (DESE) رقم (28M/13)