

Notisi ya Mzazi ya Kentucky ya Idhini ya Mara Moja ili Kuruhusu Wilaya ya Shule Kufikia Manufaa ya Medicaid ya Kentucky

Jina la Wilaya ya Shule: **Fayette County Public Schools**

Njia ya Mawasiliano ya Shule/Wilaya: **Debbie Boian, Health Services coordinator**

Mpendwa Mzazi/Mlezi:

Madhumuni ya barua hii ni kukuomba ruhusa ya kutoa maelezo yanayohitajika ili kurejesha gharama kutoka kwa Medicaid kwa huduma zinazostahiki za shuleni. Mashirika ya elimu katika jimbo la Kentucky yameidhinishwa ili kupokea fidia kiasi kutoka kwa Idara ya Kentucky ya Huduma za Medicaid (DMS) kwa gharama ya huduma fulani zinazohusiana na afya zinazotolewa na wilaya kwa mtoto (au watoto) wako.

Kwa ruhusa yako, wilaya ya shule itaweza kuomba fidia kiasi ya huduma zinazowezezekana za kimatibabu kwa wapokeaji wa Medicaid kulingana na Mpango Uliobinafsishwa wa Elimu (IEP), Mpango wa Huduma wa Familia Binafsi (IFSP), au inayohitajika vinginevyo kimatibabu.

Wilaya ya shule itahitaji kushiriki maelezo yafuatayo kuhusu mtoto wako: jina, tarehe ya kuzaliwa; jinsia; nambari ya usalama ya jamii, Mpango wa Elimu wa Kibinafsi, rekodi za Huduma na maelezo mengine yoyote muhimu. Kila mwaka, wilaya itakupua arifa kuhusu ruhusa yako; huhitaji kutia saini kwenye fomu kila mwaka.

Wilaya ya shule haiwezi kushiriki maelezo kuhusu mtoto wako bila ruhusa yako. Unapotoa ruhusa, tafadhali fahamu yafuatayo:

1. Hii itaruhusu utoaji wa maelezo, kwa madhumuni tu ya kulipia huduma za Medicaid au ukaguzi, kwa mashirika yafuatayo: DMS, Idara ya Elimu ya Kentucky (KDE), Idara ya Afya ya Umma ya Kentuck, Vituo vya Medicare na Huduma za Medicaid (CMS), shirika lolote lililoamurishwa kukagua mpango huu na mashirika ya utozaji ya wahusika wengine ya kandarasi.
2. Wilaya ya shule haiwezi kukuhitaji kulipa chochote kwa ajili ya gharama inayohusiana na afya ya mtoto wako na/au huduma maalum za elimu.
3. Hii haitaathiri huduma za maisha za mtoto wako zinazopatikana au manufaa mengine ya Medicaid; wala kuzuia kwa njia yoyote matumizi ya familia yako ya manufaa nje ya shule. Hii haitaathiri huduma maalum za elimu za mtoto wako au haki za IEP. na haitasababisha hatari yoyote ya kukosa kustahiki kwa mipango mingine inayofadhiliwa na Medicaid au DMS.
4. Una haki ya kubadilisha mawazo yako na kuondoa ruhusa yako wakati wowote.

Ninatoa ruhusa kwa wilaya ya shule kushiriki na DMS maelezo kuhusu mtoto (watoto) wangu na huduma zao zinazohusiana na afya, kama inavyohitajika. Ninaelewa kuwa hii itasaidia shule yetu kutafuta fidia kiasi ya huduma zinazotolewa na DMS.

Sahihi ya Mzazi/Mlezi:

Tarehe:

Jina la Mtoto:	Tarehe ya Kuzaliwa:	Nambari ya Medicaid:
---------------------------	----------------------------	-----------------------------