

إشعار الوالدين في ولاية كنتاكي بشأن الموافقة لمرة واحدة على السماح لمنطقة المدرسة بالوصول إلى مزايا Medicaid { المعونة الطبية } في كنتاكي

اسم المنطقة التعليمية: أدخل اسم المنطقة التعليمية]

جهة الاتصال بالمدرسة/المنطقة التعليمية: أدخل الاسم ومعلومات الاتصال]

عزيزي ولي الأمر/الوصي:

الغرض من هذه الرسالة هو طلب موافقتك على الإفصاح عن المعلومات اللازمة لاسترداد تكاليف الخدمات المدرسية المؤهلة من برنامج او المعونة الطبية Medicaid. حصلت هيئات التعليم المحلية في كنتاكي على موافقة لتلقي تعويض جزئي من إدارة خدمات Medicaid (DMS) في كنتاكي لتكاليف بعض الخدمات الصحية التي تقدمها المنطقة التعليمية لطفلك (أو أطفالك).

بموافقتك، ستتمكن المنطقة التعليمية من طلب تعويض جزئي عن الخدمات الطبية الضرورية لمستفيدي Medicaid وفقاً لبرنامج التعليم الفردي (IEP) أو خطة خدمة الأسرة الفردية (IFSP)، أو الخدمات الطبية الضرورية. ستحتاج المنطقة التعليمية إلى مشاركة المعلومات التالية عن طفلك: الاسم، وتاريخ الميلاد، والجنس، ورقم الضمان الاجتماعي، وخطة التعليم الفردية، وسجلات الخدمة، وأي معلومات ذات صلة. سَنُخَطِرُكَ المنطقة التعليمية سنوياً بخصوص موافقتك. لست مُلْزَماً بتوقيع نموذج سنوي.

لا يُمكن للمنطقة التعليمية مشاركة معلومات طفلك دون إذنك. عند منح الإذن، يُرجى العلم بما يلي:

١. سيسمح هذا بإصدار المعلومات، لغرضٍ وحيدٍ هو فوترة خدمات Medicaid أو التدقيق، إلى الجهات التالية: إدارة الخدمات الطبية (DMS)، ووزارة التعليم في كنتاكي (KDE)، ووزارة الصحة العامة في كنتاكي، ومراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية (CMS)، وأي جهة مُكلَّفةٍ بتدقيق هذا البرنامج، ووكلاء الفوترة الخارجيين المتعاقدين.

٢. لا يحق للمنطقة التعليمية مطالبتك بدفع أي مبلغٍ مقابل تكلفة خدمات طفلك الصحية و/أو خدمات التعليم الخاص.

٣. لن يؤثر هذا على التغطية الصحية مدى الحياة المتاحة لطفلك أو أيٍّ من مزايا Medicaid الأخرى؛ ولن يحدّ بأي شكلٍ من الأشكال من استخدام عائلتك للمزايا خارج المدرسة. ولن يؤثر هذا على خدمات التعليم الخاص لطفلك أو حقوق خطة التعليم الفردية (IEP)؛ ولن يؤدي إلى أي خطرٍ بفقدان أهليتك لبرامج أخرى ممولة من Medicaid أو DMS.

٤. لديك الحق في تغيير رأيك وسحب موافقتك في أي وقت. اعطي الاذن للمدرسة للمنطقة التعليمية لمشاركة المعلومات المتعلقة بطفلي وخدماتهم المتعلقة بالصحة مع الميديكيد او DMS حسب الضرورة، وافهم ان ذلك سيساعد مدرستنا في السعي عن الخدمة المغطاة بي DMS.

توقيع الأب/الأم:

التاريخ

اسم الطفل	رقم المعونة الطبية	الميديكيد	تاريخ الميلاد
-----------	--------------------	-----------	---------------