केन्टकी मेडिकेडका लाभहरूमा पहुँचगर्न स्कूल जिल्लालाई अनुमतिदिन एक पटकको सहमतिकोलागि केन्टकी अभिभावकीय सूचना

विद्यालय जिल्लाको नाम: **[स्कूल जिल्लाको नाम घुसाउनुहोस्]**
विद्यालय/जिल्ला सम्पर्क: **[नाम र सम्पर्क जानकारी घुसाउनुहोस्]**

प्रिय आमाबुबा/अभिभावक:

यस पत्रको उद्देश्य योग्य स्कूलमा -आधारित सेवाहरूकोलागि मेडिकेडबाट लागत पुन: प्राप्तिगर्न आवश्यक जानकारीलाई जारीगर्न तपाईंको अनुमतिमाग्नुकोलागि हो। केन्टकीमा स्थानीय शिक्षा संस्थाहरूलाई केन्टकीको मेडिकेड सेवा विभाग डीएमएसबाट (DMS बाट) तपाईंको बच्चालाई (वा बच्चाहरूलाई) जिल्लाद्वारा प्रदानगरिएको केही स्वास्थ्य सम्बन्धी सेवाहरूको लागतकोलागि आंशिक प्रतिपूर्ति प्राप्तगर्न स्वीकृतगरिएको छ।

तपाईंको अनुमतिले, स्कूल जिल्लाले मेडिकेड प्राप्तकर्ताहरूलाई व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम आईईपी(IEP), व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना आईएफएसपी(IFSP), वा अन्यथा चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवाहरूकोलागि आंशिक प्रतिपूर्ति खोज्नसक्षम हुनेछ।

स्कूल जिल्लाले तपाईंको बच्चाकोबारेमा निम्न प्रकारका जानकारीहरू साझेदारीगर्न आवश्यक छ: नाम, जन्म मिति; लिंग; सोसल सिक्योरिटी नम्बर, व्यक्तिगत शिक्षा योजना, सेवा रेकर्ड र कुनैपनि सान्दर्भिक जानकारी। प्रत्येक वर्ष, जिल्लाले तपाईंलाई तपाईंको अनुमतिको बारेमा सूचनाप्रदान गर्नेछ; तपाईंले प्रत्येक वर्ष फारममा हस्ताक्षरगर्न आवश्यक छैन

तपाईंको अनुमति बिना स्कूल जिल्लाले तपाईंको बच्चाकोबारे जानकारीलाई साझागर्न सक्दैन। जब तपाईं अनुमति दिनुहुन्छ, कृपया निम्न कुराहरूबारे सचेतरहनुहोस्:

१. यसले निम्न संस्था हरूलाई मेडिकेड सेवाहरूको बिलिङगर्ने (बीजक बनाउने) वा लेखा परीक्षणको एकमात्र उद्देश्यकोलागि जानकारीलाई जारीगर्न अनुमति दिन्छ: डीएमएस(DMS), केन्टकी शिक्षा विभाग केडीई(KDE), सार्वजनिक स्वास्थ्यकोलागि केन्टकी विभाग, मेडिकेयर र मेडिकेड सेवाहरूकोलागि केन्द्रहरू सीएमएस(CMS), यस कार्यक्रमको लेखापरीक्षणगर्न अधिकार दिईएको कुनैपनि संस्था र अनुबंधित तेस्रो-पक्ष बिलिङ(बीजक) संस्थाहरू।

२. स्कूल जिल्लाले तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य-सम्बन्धित र/वा विशेष शिक्षा सेवाहरूको लागतमा तपाईंलाई केहीतिर्न आवश्यकपार्न सक्दैन।

३. यसले तपाईंको बच्चाको उपलब्ध आजीवन बिमा वा अन्य मेडिकेड लाभलाई असरगर्दैन; न त यसले कुनैपनि तरिकामा तपाईंको आफ्नै परिवारले स्कूल बाहिर लाभहरूको प्रयोगलाई सीमित गर्दछ। यसले तपाईंको बच्चाको विशेष शिक्षा सेवाहरू वा आईईपी (IEP) अधिकारहरूलाई असर गर्दैन; र यसले अन्य मेडिकेड वा डीएमएस(DMS) वित्त पोषित कार्यक्रमहरूकोलागि योग्यतागुम्ने कुनै जोखिम निम्त्याउनेछैन।

४. तपाईंसँग आफ्नो मन परिवर्तनगर्ने र कुनैपनि समयमा तपाईंको अनुमति फिर्तालिने अधिकार छ।

म स्कूल जिल्लालाई मेरो बच्चा(हरू) र उनीहरूको स्वास्थ्य सम्बन्धी सेवाहरूकोबारेमा डीएमएससँग(DMSसँग) जानकारी, आवश्यकता अनुसार साझेदारीगर्न अनुमति दिन्छु। म बुझ्छु कि यसले हाम्रो स्कूललाई डीएमएस(DMS) समेटेका सेवाहरूको आंशिक प्रतिपूर्ति खोज्न मद्दत गर्दछ।

आमाबुबाको/अभिभावकको हस्ताक्षर: ______________________________ मिति: ______________

बालकको नाम:	**जन्ममिति:**	**मेडिकेड नम्बर:**