

ĐƠN CHO PHÉP TÍNH PHÍ TỒN BẢO HIỂM VÀ TIẾT LỘ HỒ SƠ HỌC SINH

Luật liên bang và tiểu bang cho phép các học khu yêu cầu cơ quan bảo hiểm chi trả cho các dịch vụ sức khỏe cung cấp trong môi trường học đường. Việc học khu nhận khoản chi trả này **sẽ KHÔNG ảnh hưởng** chung đến mức bảo hiểm tối đa của con em quý vị cũng như các khoản khấu trừ khác. Để học khu được phép yêu cầu các khoản chi trả này, phụ huynh/người giám hộ phải đồng ý cho phép tiết lộ các chi tiết trong hồ sơ giáo dục và/hoặc hồ sơ sức khỏe/y tế của học sinh. Quý vị vui lòng điền vào những phần dưới đây:

Tôi, _____ (Phụ huynh/Người giám hộ), đại diện cho _____ [Học sinh],
Ngày sinh _____, cho phép Học Khu Westminster tiết lộ hồ sơ của Học sinh để yêu cầu được chi trả bảo hiểm.

☐ Tôi từ chối không cho phép việc tiết lộ chi tiết trong hồ sơ giáo dục và hồ sơ sức khỏe/y tế của con tôi với mục đích để học khu nộp yêu cầu chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe con tôi nhận được khi ở trường.

Hồ sơ được cung cấp có thể bao gồm:

- Tên học sinh; ngày sinh; giới tính; chi tiết bảo hiểm; ngày, giờ và loại dịch vụ sức khỏe đã cung cấp; và cơ quan cung cấp dịch vụ.
- Hồ sơ về hành vi, y tế, sức khỏe và/hoặc giáo dục của con tôi.

Bảo Hiểm Chính:

Tên Cơ Quan Bảo Hiểm	Số Hồ Sơ Bảo Hiểm	Số Nhóm Bảo Hiểm
Địa Chỉ Cơ Quan Bảo Hiểm	Tên Người Được Bảo Hiểm	Mối Quan Hệ Với Học Sinh

Bảo Hiểm Phụ:

Tên Cơ Quan Bảo Hiểm	Số Hồ Sơ Bảo Hiểm	Số Nhóm Bảo Hiểm
Địa Chỉ Cơ Quan Bảo Hiểm	Tên Người Được Bảo Hiểm	Mối Quan Hệ Với Học Sinh

Xác nhận: Tôi xác nhận rằng tôi là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của học sinh được nêu trên đây. Tôi đồng ý cho phép tiết lộ hồ sơ của học sinh đã đề cập ở trên với mục đích để học khu nộp yêu cầu lên cơ quan bảo hiểm của con tôi để được chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con tôi trong học đường. Tôi cũng đồng ý bảo vệ Học Khu, các viên chức, đại diện và nhân viên của học khu khỏi mọi trách nhiệm và tôi hoàn toàn từ bỏ bất kỳ quyền hạn nào mà tôi có thể sử dụng để khởi kiện Học Khu, các viên chức, đại diện và nhân viên của học khu dựa trên bất kỳ sự tiết lộ nào về hồ sơ học sinh đã được xác định ở đây. Tôi hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu được nhận bản sao của bất kỳ hồ sơ học sinh nào mà tôi đã đồng ý cho tiết lộ.

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: _____

Tên Phụ huynh/Người giám hộ (chữ in): _____

Ngày: _____

Đơn đồng ý này được ban hành theo Đạo Luật Lưu Chuyển và Trách Nhiệm về Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA) (45 CFR §§ 164.502, 164.506, 164.520) và Đạo Luật về Quyền Hạn Giáo Dục và Quyền Riêng Tư của Gia Đình (FERPA) (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R. phần 99). Bên đồng ý xác nhận và chấp thuận rằng Chi Tiết Sức Khỏe Được Bảo Vệ (PHI) có thể được sử dụng cho mục đích tính chi phí bảo hiểm mà không cần sự cho phép bổ sung, phù hợp với quy định của HIPAA (45 CFR § 164.20), và Thông Báo Về Việc Thực Hiện Quyền Riêng Tư phải được cung cấp để giải thích việc sử dụng chi tiết này.