

إشعار الموافقة السنوية في Louisiana للسماح للمنطقة التعليمية بالوصول إلى فوائد برنامج Louisiana Medicaid
اسم المنطقة التعليمية Jefferson Parish Schools
معلومات الاتصال بالمنطقة التعليمية: 504-349-7673

عزيزي ولي الأمر/ الوصي:

الغرض من هذا الخطاب هو تذكيرك بأنك منحت الإذن (المعروف أيضًا بالموافقة) على مشاركة معلومات حول طفلك مع برنامج المساعدة الطبية التابع للإدارة الصحية في لويزيانا Louisiana Department of Health Medicaid. تم اعتماد حصول المدارس بولاية Louisiana على مدفوعات جزئية من Louisiana Medicaid مقابل تكلفة بعض الخدمات المتعلقة بالصحة المقدمة من المنطقة التعليمية لطفلك. لكي تتمكن مدرسة طفلك من استعادة بعض الأموال المنفقة، كان يلزم أن تشارك المنطقة التعليمية مع برنامج المساعدة الطبية Louisiana Medicaid أنواع المعلومات التالية حول طفلك: الاسم وتاريخ الميلاد والجنس ونوع الخدمة المقدمة وموعدها ومقدمها والتشخيص (إن وجد) وبطاقة تعريف Louisiana Medicaid. إذا كان طفلك مؤهلاً لتلقي خدمات لتلبية احتياجاته، فقد توفرها المنطقة التعليمية و/أو يمكنك أخذ طفلك إلى مقدم خدمات آخر يقبل Medicaid.

بموجب إذن منك، تسعى المنطقة التعليمية إلى الحصول على تعويض جزئي للخدمات المقدمة بواسطة Louisiana Medicaid، يشمل ذلك على سبيل المثال لا الحصر، اختبار للسمع أو اختبار للعين؛ وعلاج مهني أو علاج تخاطب أو علاج بدني؛ وبعض زيارات ممرضات المدرسة؛ وخدمات الاستشارة.

كانت المنطقة التعليمية تحتاج إلى موافقتك لمشاركة معلومات حول طفلك مع برنامج Louisiana Medicaid. يُرجى معرفة ما يلي:

1. لا يحق للمنطقة التعليمية أن تطالبك بالتسجيل في Louisiana Medicaid حتى يتلقى طفلك خدمات صحية و/أو خدمات تتصل بالتربية الخاصة يستحقها طفلك.
2. لا يحق للمنطقة التعليمية أن تطالبك بدفع أي شيء من تكلفة الخدمات الصحية و/أو الخدمات التي تتصل بالتربية الخاصة المتعلقة بطفلك.
3. إذا منحت الإذن للمنطقة التعليمية بمشاركة المعلومات مع برنامج Louisiana Medicaid وبطلب تعويضات منه:
 - a. لن يؤثر هذا على التغطية المتاحة لمدى الحياة الخاصة بطفلك أو خدمات Louisiana Medicaid الأخرى؛ كما لن تقيد بأي صورة من استخدام أسرتك لإعانات Louisiana Medicaid خارج المدرسة.
 - b. لن يؤثر إذنك على خدمات التربية الخاصة لطفلك أو حقوق خط التعليم الفردية (IEP) بأي صورة، إذا كان طفلك مؤهلاً لتلقيها.
 - c. لن يؤدي إذنك إلى أي تغييرات في حقوق طفلك في Louisiana Medicaid.
 - d. لن يؤدي إذنك إلى أي خطر بفقد الأهلية لأي برامج أخرى ممولة من Medicaid.
4. إذا منحت الإذن، فلديك الحق في تغيير رأيك وسحب إذنك في أي وقت.
5. إذا سحبت إذنك أو رفضت السماح للمنطقة التعليمية بمشاركة سجلات طفلك ومعلوماته مع Louisiana Medicaid بغرض طلب التعويضات مقابل تكلفة الخدمات، فستواصل المنطقة التعليمية تحمل مسؤوليتها في تزويد طفلك بالخدمات دون تحميلك بأي تكلفة.

يُرجى الاتصال بالمنطقة لطرح أي أسئلة لديك.