

Thông báo cho Phụ huynh của Louisiana để Xin Sự Chấp thuận Một lần Cho phép Học khu Tiếp cận Các Quyền lợi Louisiana Medicaid

Tên Học khu: Jefferson Parish Schools

Thông tin Liên hệ của Học khu: 504-349-7673

Kính gửi Quý Phụ huynh/Người Giám hộ:

Mục đích của thư này là để đề nghị quý vị cho phép (còn được gọi là chấp thuận) chúng tôi chia sẻ thông tin về con quý vị với chương trình Medicaid của Sở Y tế Louisiana (Louisiana Medicaid). Các học khu tại Louisiana đã được phê duyệt để nhận khoản bồi hoàn một phần từ Louisiana Medicaid cho chi phí của một số dịch vụ nhất định liên quan đến sức khỏe được học khu cung cấp cho con quý vị. Để trường của con quý vị được hoàn trả một số tiền được chi cho các dịch vụ, học khu có thể cần phải chia sẻ với Louisiana Medicaid các loại thông tin sau về con quý vị: tên; ngày sinh; số an ninh xã hội; địa chỉ; giới tính; loại dịch vụ được cung cấp, thời điểm và người cung cấp; chẩn đoán (nếu có) và ID Louisiana Medicaid. Nếu con quý vị đủ điều kiện nhận các dịch vụ để đáp ứng các nhu cầu của em, các dịch vụ có thể được hệ thống trường học cung cấp và/hoặc quý vị có thể đưa con quý vị đến một nhà cung cấp khác chấp nhận Medicaid.

Với việc quý vị cho phép, học khu sẽ có thể yêu cầu bồi hoàn một phần đối với các dịch vụ được Louisiana Medicaid cung cấp bao gồm, cùng với các dịch vụ khác, kiểm tra thính giác hoặc khám mắt; trị liệu vận động hoặc trị liệu khả năng nói hoặc vật lý trị liệu; một vài chuyến thăm khám với y tá trường học; và các dịch vụ tư vấn. Mỗi năm, học khu sẽ cung cấp cho quý vị thông báo về sự cho phép của quý vị để chia sẻ thông tin này, nhưng quý vị không cần ký mẫu đơn cho phép mỗi năm. Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng liên hệ: *insert School District Medicaid Contact Information Here*.

Học khu không thể chia sẻ thông tin về con quý vị với Louisiana Medicaid mà không có sự cho phép của quý vị. Khi quý vị cân nhắc cung cấp sự cho phép, vui lòng cân nhắc những điều sau:

1. Học khu không thể yêu cầu quý vị đăng ký tham gia Louisiana Medicaid để con quý vị nhận được các dịch vụ liên quan đến sức khỏe và/hoặc giáo dục đặc biệt mà con quý vị có quyền được hưởng.
2. Học khu không thể yêu cầu quý vị chi trả bất kỳ khoản tiền nào cho chi phí của các dịch vụ liên quan đến sức khỏe và/hoặc giáo dục đặc biệt của con quý vị. Điều này có nghĩa là học khu không thể yêu cầu quý vị chi trả khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ để họ có thể tính phí Louisiana Medicaid với các dịch vụ được cung cấp.
3. Nếu quý vị cho phép học khu chia sẻ thông tin với Louisiana Medicaid và yêu cầu hoàn trả từ họ:
 - a. Điều này sẽ không ảnh hưởng đến bảo hiểm trọn đời sẵn có của con quý vị hoặc các quyền lợi khác của Louisiana Medicaid; nó cũng sẽ không hạn chế việc sử dụng các quyền lợi Louisiana Medicaid của quý vị ngoài trường học theo bất kỳ hình thức nào.
 - b. Sự cho phép của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ giáo dục đặc biệt của con quý vị hoặc các quyền về Chương trình Giáo dục Cá nhân (IEP) theo bất kỳ hình thức nào nếu con quý vị đủ điều kiện nhận chúng.
 - c. Sự cho phép của quý vị sẽ không dẫn đến bất kỳ thay đổi nào về quyền Louisiana Medicaid của con quý vị; và
 - d. Sự cho phép của quý vị sẽ không khiến quý vị có nguy cơ mất điều kiện hội đủ để nhận các chương trình được Medicaid tài trợ khác.
4. Nếu quý vị cho phép, quý vị có quyền thay đổi ý định và thu hồi sự cho phép của mình vào bất cứ lúc nào.
5. Nếu quý vị thu hồi sự cho phép của mình hoặc từ chối cho phép học khu chia sẻ hồ sơ và thông tin của con quý vị với Louisiana Medicaid vì mục đích yêu cầu hoàn trả chi phí của các dịch vụ, học khu sẽ tiếp tục chịu trách nhiệm cung cấp các dịch vụ cho con quý vị miễn phí.

Tôi đã đọc và hiểu thông báo. Các thắc mắc tôi có đã được giải đáp. Tôi cho phép học khu chia sẻ hồ sơ và thông tin về con tôi và các dịch vụ liên quan đến sức khỏe của trẻ cho Louisiana Medicaid nếu cần thiết. Tôi hiểu rằng điều này sẽ giúp trường của con tôi yêu cầu hoàn trả một phần cho các dịch vụ được Louisiana Medicaid đài thọ.

Họ tên của Trẻ

Họ tên Phụ huynh/Người giám hộ

Ngày sinh của Trẻ

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ

Ngày