

نموذج موافقة الوالدين على الخدمات الصحية المدرسية

المنطقة التعليمية

تلتزم المنطقة التعليمية بالتعاون مع العائلات لتوفير الدعم للطلاب، مع ضمان إدارة تكاليف الخدمات بصورة مسؤولة. نطلب منك الإذن بالرجوع إلى Medicaid للحصول على تعويض عن بعض الخدمات الصحية المقدمة لطفلك. وتحقيقاً لهذه الغاية، نطلب منك تقديم موافقة رسمية مكتوبة تسمح بمشاركة قدر محدود من المعلومات اللازمة لإجراءات الفوترة. تُستخدم هذه التعويضات للمساعدة في تغطية تكاليف الخدمات المؤهلة التي يشملها Medicaid.

تجيز السياسة الفيدرالية للمناطق التعليمية مطالبة Medicaid بتعويضها عن الخدمات الصحية المشمولة بالتغطية والمقدمة للطلاب المسجلين في البرنامج، سواء كانوا ضمن برامج التعليم الخاص أم التعليم العام. بالإضافة إلى ذلك، يُلزم قانون نيو جيرسي (P.L.2023, c.108) المناطق التعليمية بطلب تعويض من Medicaid عن بعض الخدمات الصحية المشمولة بالتغطية والمقدمة للطلاب المؤهلين.

تسمح موافقتك للمنطقة التعليمية بأن تطلب من Medicaid تعويضاً عن الخدمات المستوفية للشروط. لن يؤدي ذلك إلى تكبد عائلتك أي مصروفات مباشرة، كما لن يؤثر في تغطية Medicaid الخاصة بطفلك أو المزايا التي يحصل عليها من البرنامج.

منح الموافقة أو رفضها

(يُرجى قراءة ما يلي، ثم وضع علامة أو كتابة الأحرف الأولى من اسمك، والتوقيع وتدوين التاريخ في الأسفل)

أقرّ بأنني أفهم ما ورد أعلاه، وأوافق على أن تشارك المنطقة التعليمية قدرأ محدوداً من المعلومات المتعلقة بطفلي مع برنامج Medicaid في ولاية نيو جيرسي، بما يشمل إدارة الخدمات الإنسانية في نيو جيرسي وكلاءها والجهة التي تتولى خدمات فوترة Medicaid نيابةً عن المنطقة التعليمية، وذلك لأغراض التحقق من أهلية طفلي للبرنامج، وطلب التعويض منه، والاستجابة لطلبات التدقيق أو المراجعة المتعلقة بالخدمات المقدمة لطفلي.

أدرك أن بإمكانني سحب هذه الموافقة في أي وقت، وأن رفضي منحها أو سحبها في وقت لاحق لن يمنع المنطقة التعليمية من الاستمرار في توفير جميع الخدمات المطلوبة والضرورية لحصول طفلي على تعليم عام متكامل وفعال، من دون أي تكلفة عليّ. إذا قررت سحب الموافقة، فسيصبح السحب نافذاً اعتباراً من تاريخه، وستتوقف بعده مشاركة أي معلومات.

قد تتضمن المعلومات المُشاركة اسم طفلي وتاريخ ميلاده وعنوانه، ونوع إعاقته الأساسية، إن وجدت، ورقم تعريف Medicaid الخاص به، فضلاً عن نوع الخدمات الصحية المقدمة إليه وحجمها وتواريخها. قد تتضمن السجلات المُشاركة برامج التعليم الفردية (IEP)، إن وجدت، وسجلات التقييمات والأهلية، وسجلات جلسات العلاج، وسجلات خدمات النقل، وملاحظات متابعة التقدّم، وسجلات التمرّيز.

لا أوافق على أن تشارك المنطقة التعليمية أي معلومات بشأن طفلي بغرض التحقق من أهليته للاستفادة من Medicaid، أو المطالبة بتعويض من البرنامج، أو الرد على طلبات التدقيق والمراجعة المرتبطة بالخدمات المقدمة إليه.

اسم الطفل: _____

تاريخ ميلاد الطفل: _____/_____/_____

ولي الأمر/الوصي: _____

التاريخ: _____/_____/_____