શાળા-આધારિત આરોગ્ય સેવાઓ માટેનું માતા-પિતાની સંમતિનું ફોર્મ

____ શાળા જિલ્લો

અમારો શાળા જિલ્લો વિદ્યાર્થીઓને સહાય પૂરી પાડવા માટે પરિવારો સાથે ભાગીદારી કરવા તેમજ સેવાઓના ખર્ચનું જવાબદારીપૂર્વક સંચાલન કરવા પ્રતિબદ્ધ છે. તમારા બાળકને પૂરી પાડવામાં આવતી કેટલીક આરોગ્ય સંબંધિત સેવાઓ માટે ભરપાઈ મેળવવા અમે Medicaid નો ઉપયોગ કરવાની પરવાનગી માંગી રહ્યા છીએ. આ હેતુસર, અમે બિલિંગ માટે જરૂરી મર્યાદિત માહિતી શેર કરવા માટે તમારી લેખિત ઔપચારિક સંમતિની વિનંતી કરીએ છીએ. આવી ભરપાઈ Medicaid હેઠળ પૂરી પાડવામાં આવતી પાત્ર સેવાઓના ખર્ચને આવરી લેવામાં મદદ કરે છે.

ફેડરલ નીતિ શાળા જિલ્લાઓને Medicaid માં નોંધાયેલા વિદ્યાર્થીઓને પૂરી પાડવામાં આવતી આવરી લેવાયેલી આરોગ્ય સેવાઓ માટે Medicaid ભરપાઈ મેળવવાની મંજૂરી આપે છે, જેમાં વિશેષ શિક્ષણ અને સામાન્ય શિક્ષણ બંને કાર્યક્રમોનો સમાવેશ થાય છે. વધુમાં, ન્યુ જર્સી કાયદો (P.L.2023, c.108) જિલ્લાઓ માટે પાત્ર વિદ્યાર્થીઓને પૂરી પાડવામાં આવતી કેટલીક આવરી લેવાયેલી આરોગ્ય સેવાઓ માટે Medicaid ભરપાઈ મેળવવી જરૂરી બનાવે છે.

તમારી સંમતિ જિલ્લાને પાત્ર સેવાઓ માટે Medicaid ભરપાઈ મેળવવાની મંજૂરી આપે છે. આના પરિણામે તમારા પરિવારને ખિસ્સામાંથી કોઈ ખર્ચ કરવો પડશે નહીં કે તમારા બાળકના Medicaid કવરેજ અથવા લાભો પર કોઈ અસર થશે નહીં.

સંમતિ આપવામાં આવી અથવા નકારવામાં આવી

(કૃપા કરીને વાંચો, નિશાની કરો અથવા આદ્યાક્ષર કરો, નીચે સહી કરો અને તારીખ લખો)

___ હું સમજું છું અને શાળા જિલ્લાને મારા બાળક વિશેની મર્યાદિત માહિતી ન્યુ જર્સી Medicaid પ્રોગ્રામ સાથે શેર કરવાની **સંમતિ આપું છું,** જેમાં ન્યુ જર્સી ડિપાર્ટમેન્ટ ઑફ હ્યુમન સર્વિસિસ, તેના એજન્ટો અને જિલ્લાના Medicaid બિલિંગ સર્વિસનો સમાવેશ થાય છે, જેથી Medicaid પાત્રતા ચકાસી શકાય, Medicaid ભરપાઈ મેળવી શકાય અને મારા બાળકને પૂરી પાડવામાં આવેલી સેવાઓ સંબંધિત ઑડિટ અથવા સમીક્ષા માટેની વિનંતીઓનો જવાબ આપી શકાય.

હું સમજું છું કે હું કોઈપણ સમયે આ સંમતિ પાછી ખેંચી શકું છું અને જો હું સંમતિ આપવાનો ઇનકાર કરું અથવા પછીથી તેને પાછી ખેંચી લઉં, તો શાળા જિલ્લો મારા બાળકને સંપૂર્ણ અને કાર્યક્ષમ જાહેર શિક્ષણ મેળવવા માટે જરૂરી તમામ સેવાઓ મને કોઈપણ ખર્ચ વિના પૂરી પાડવાનું ચાલુ રાખશે. જો હું સંમતિ પાછી ખેંચી લઉં, તો તે સંમતિ પાછી ખેંચવાની તારીખથી અમલમાં આવશે અને તે તારીખ પછી કોઈ માહિતી શેર કરવામાં આવશે નહીં.

શેર કરવામાં આવતી માહિતીમાં મારા બાળકનું નામ, જન્મ તારીખ, સરનામું, પ્રાથમિક અપંગતા (જો લાગુ પડતી હોય તો), Medicaid ઓળખ નંબર અને પૂરી પાડવામાં આવેલી આરોગ્ય સંબંધિત સેવાઓના પ્રકાર, માત્રા અને તારીખો વિશેની માહિતીનો સમાવેશ થઈ શકે છે. શેર કરવામાં આવી શકે તેવા રેકોર્ડ્સમાં, જો લાગુ પડતું હોય તો, વ્યક્તિગત શિક્ષણ કાર્યક્રમો (Individualized Education Programs, IEP), મૂલ્યાંકન અને પાત્રતા સંબંધિત રેકોર્ડ્સ, ઉપચાર સેવાઓના લોગ્સ, પરિવહનના લોગ્સ, પ્રગતિ નોંધો અને નર્સિંગ રેકોર્ડ્સનો સમાવેશ થાય છે.

___ હું શાળા જિલ્લાને મારા બાળક વિશેની માહિતી Medicaid પાત્રતા ચકાસવા, Medicaid ભરપાઈ મેળવવા અથવા પૂરી પાડવામાં આવેલી સેવાઓ સંબંધિત ઑડિટ અને સમીક્ષા માટેની વિનંતીઓનો જવાબ આપવા માટે શેર કરવાની **મારી સંમતિ આપતો/આપતી નથી**.

બાળકનું નામ: ______________________________

બાળકની જન્મ તારીખ: ____/________/_________

માતા-પિતા/વાલી: ____

તારીખ: ______/______/_____

મે 2026