

स्कूल-आधारित स्वास्थ्य सेवाएँ माता-पिता का सहमति फॉर्म

स्कूल जिला

हमारा स्कूल जिला जिम्मेदारीपूर्वक सेवाओं की लागत का प्रबंधन करते हुए छात्रों की सहायता करने के लिए परिवारों के साथ साझेदारी करने के लिए प्रतिबद्ध है। हम आपके बच्चे को प्रदान की गई कुछ स्वास्थ्य-संबंधी सेवाओं की प्रतिपूर्ति प्राप्त करने के लिए Medicaid तक पहुँच प्राप्त करने की अनुमति माँग रहे हैं। इस उद्देश्य से, हम बिलिंग के लिए आवश्यक सीमित जानकारी साझा करने के लिए लिखित औपचारिक सहमति का अनुरोध कर रहे हैं। इस तरह की प्रतिपूर्ति Medicaid के तहत प्रदान की जाने वाली पात्र सेवाओं की लागतों को कवर करने में मदद करती है।

संघीय नीति स्कूल जिलों को Medicaid में नामांकित छात्रों को प्रदान की गई कवर की गई स्वास्थ्य सेवाओं के लिए Medicaid से प्रतिपूर्ति प्राप्त करने की अनुमति देती है, जिसमें विशेष शिक्षा और सामान्य शिक्षा दोनों कार्यक्रम शामिल हैं। इसके अलावा, New Jersey कानून ([P.L.2023, c.108](#)) के तहत, जिलों को पात्र छात्रों को प्रदान की जाने वाली कुछ कवर की गई स्वास्थ्य सेवाओं के लिए Medicaid प्रतिपूर्ति का दावा करने की आवश्यकता होती है।

आपकी सहमति जिले को पात्र सेवाओं के लिए Medicaid प्रतिपूर्ति प्राप्त करने की अनुमति देती है। इसके परिणामस्वरूप आपके परिवार को अपनी जेब से कोई खर्च नहीं करना पड़ेगा और न ही आपके बच्चे के Medicaid कवरेज या लाभों पर कोई प्रभाव पड़ेगा।

सहमति दी गई या अस्वीकार की गई

(कृपया पढ़ें, सही का निशान लगाएं या आद्याक्षर करें, हस्ताक्षर करें, और नीचे तारीख डालें)

_____ मैं समझता/समझती हूँ और **अपनी सहमति देता/देती हूँ** कि स्कूल जिला मेरे बच्चे के बारे में सीमित जानकारी New Jersey Medicaid कार्यक्रम के साथ साझा कर सकता है, जिसमें New Jersey का मानव सेवा विभाग, उसके एजेंट और जिले की Medicaid बिलिंग सेवा शामिल हैं। यह जानकारी Medicaid पात्रता सत्यापित करने, Medicaid प्रतिपूर्ति प्राप्त करने और मेरे बच्चे को प्रदान की गई सेवाओं से संबंधित ऑडिट या समीक्षा अनुरोधों का जवाब देने के उद्देश्यों के लिए साझा की जाएगी।

मैं समझता/समझती हूँ कि मैं किसी भी समय इस सहमति को वापस ले सकता/सकती हूँ, और यदि मैं सहमति देने से इनकार करता/करती हूँ या बाद में इसे वापस ले लेता/लेती हूँ, तो स्कूल जिला मेरे बच्चे को बिना किसी लागत के संपूर्ण और कुशल सार्वजनिक शिक्षा प्राप्त करने के लिए सभी आवश्यक सेवाएँ प्रदान करना जारी रखेगा। यदि मैं सहमति वापस लेता/लेती हूँ, तो यह वापसी की तारीख से प्रभावी होगी, और उस तारीख के बाद कोई जानकारी साझा नहीं की जाएगी।

साझा की गई जानकारी में मेरे बच्चे का नाम, जन्म तिथि, पता, प्राथमिक विकलांगता (यदि लागू हो), Medicaid पहचान संख्या, और प्रदान की गई स्वास्थ्य-संबंधी सेवाओं के प्रकार, मात्रा और तिथियों के बारे में जानकारी शामिल हो सकती है। साझा किए जा सकने वाले रिकॉर्ड में, यदि लागू हो, व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम (Individualized Education Programs. IEP), मूल्यांकन और पात्रता रिकॉर्ड, थेरेपी सेवा लॉग, परिवहन लॉग, प्रगति नोट्स और नर्सिंग रिकॉर्ड शामिल हैं।

_____ मैं स्कूल जिले को Medicaid पात्रता सत्यापित करने, Medicaid प्रतिपूर्ति प्राप्त करने या प्रदान की गई सेवाओं से संबंधित ऑडिट और समीक्षा अनुरोधों का जवाब देने के उद्देश्य से अपने बच्चे के बारे में जानकारी साझा करने की **सहमति नहीं देता/देती हूँ**।

बच्चे का नाम: _____

बच्चे की जन्मतिथि: _____/_____/_____

माता-पिता/अभिभावक: _____

तारीख: ____/____/____

मई 2026