ਸਕੂਲ,ਅਧਾਰਤ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਮਾਤਾ,ਪਿਤਾ ਦਾ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

____ ਸਕੂਲ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ

ਸਾਡਾ ਸਕੂਲ ਜ਼ਿਲ੍ਹੇ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਨਾਲ ਭਾਈਵਾਲੀ ਕਰਨ ਲਈ ਵਚਨਬੱਧ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲਾਗਤ ਦਾ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨਾਲ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕੁਝ ਸਿਹਤ,ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਅਦਾਇਗੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ Medicaid ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮੰਗ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਬਿਲਿੰਗ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਸੀਮਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਲਿਖਤੀ ਰਸਮੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਅਜਿਹੀ ਅਦਾਇਗੀ Medicaid ਅਧੀਨ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਯੋਗ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਸੰਘੀ ਨੀਤੀ ਸਕੂਲ ਜ਼ਿਲ੍ਹਿਆਂ ਨੂੰ Medicaid-ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ Medicaid ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਆਮ ਸਿੱਖਿਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੋਵੇਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਨਿਊ ਜਰਸੀ ਕਾਨੂੰਨ ' P.L.1/ 12, c.0/ 7(ਜ਼ਿਲ੍ਹਿਆਂ ਲਈ ਯੋਗ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕੁਝ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ Medicaid ਵਲੋਂ ਅਦਾਇਗੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਜ਼ਿਲ੍ਹੇ ਨੂੰ ਯੋਗ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ Medicaid **ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਜੇਬ ਤੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਖਰਚਾ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ** Medicaid **ਕਵਰੇਜ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ।**

ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਂ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੀ ਗਈ
' ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੜ੍ਹੋ, ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅੱਖਰ ਦਰਜ ਕਰੋ, ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਮਿਤੀ ਪਾਓ(

___ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ. ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਕੂਲ ਜ਼ਿਲ੍ਹੇ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਬਾਰੇ ਸੀਮਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਿਊ ਜਰਸੀ Medicaid ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਨਿਊ ਜਰਸੀ ਦਾ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ, ਇਸਦੇ ਏਜੰਟ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਲ੍ਹੇ ਦੀ Medicaid ਬਿਲਿੰਗ ਸੇਵਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਨੂੰ Medicaid ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ, Medicaid ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਆਡਿਟ ਜਾਂ ਸਮੀਖਿਆ ਬੇਨਤੀਆਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ **ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ.ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।**

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ. ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ. ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ. ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਇਸਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲੈ ਲੈਂਦਾ. ਲੈਂਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਕੂਲ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਦੇ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਅਤੇ ਕੁਸ਼ਲ ਜਨਤਕ ਸਿੱਖਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖੇਗੀ। ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਲੈਂਦਾ. ਲੈਂਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਇਹ ਵਾਪਸੀ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਉਸ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਮ, ਜਨਮ ਮਿਤੀ, ਪਤਾ, ਮੁੱਖ ਅਪੰਗਤਾ ' ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ(, Medicaid ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ, ਅਤੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਿਹਤ,ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਕਿਸਮ, ਮਾਤਰਾ ਅਤੇ ਮਿਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਿਹੜੇ ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿੱਖਿਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ' Individualized Education Programs, IEP), ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਮੁਲਾਂਕਣ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਰਿਕਾਰਡ, ਥੈਰੇਪੀ ਸੇਵਾ ਲੌਗ, ਆਵਾਜਾਈ ਲੌਗ, ਪ੍ਰਗਤੀ ਨੋਟਸ, ਅਤੇ ਨਰਸਿੰਗ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

___ ਮੈਂ ਸਕੂਲ ਜ਼ਿਲ੍ਹੇ ਨੂੰ Medicaid ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ, Medicaid ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਆਡਿਟ ਅਤੇ ਸਮੀਖਿਆ ਬੇਨਤੀਆਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ **ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ.ਦਿੰਦੀ।**

ਬੱਚੀ. ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਮ9____________________________________

ਬੱਚੀ. ਬੱਚੇ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ9______. __________. ___________

ਮਾਤਾ, ਪਿਤਾ. ਸਰਪ੍ਰਸਤ9____

ਮਿਤੀ9_________. ______. _____

ਮਈ 1/ 15