**إشعار كتابي لولي الأمر**

**الاستخدام المقترح للتأمين العام من قبل المنطقة التعليمية/برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة**

للأعمار من 3 إلى 21 عامًا.

**اسم الطالب:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الرمز التعريفي لأمن الطالب:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**اسم ولي الأمر/الوصي:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**معلومات الاتصال الخاصة بولي الأمر/الوصي:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**تاريخ الإشعار: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ طريقة التسليم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**الغرض من الإشعار**

يوضح هذا الإشعار وسائل الحماية التي تتمتع بها بموجب قوانين التعليم الخاص والمتعلقة بمنح الموافقة على استخدام التأمين العام الخاص بك. يرد أدناه نوع الإشعار وسبب تلقيه.

**نوع الإشعار**

**\_\_\_مبدئي**

أنت تتلقى هذا الإشعار الكتابي المبدئي نظرًا لأن [ اسم المنطقة التعليمية، اسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة (ECSE)] تقترح طلب موافقتك على ما يلي:

* استخدم مزايا التأمين العام خاصتك (برنامج المعونات الطبية Medicaid) للمساعدة في سداد تكاليف التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة التي يتلقاها طفلك كجزء من تعليمه العام؛ و
* الإفصاح عن معلومات تعريفية شخصية خاصة بطفلك لوكالات Medicaid بالولاية لأغراض الفوترة. (وكالات Medicaid بالولاية هي إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) وهيئة الصحة بولاية أوريغون (OHA)).

**\_\_\_سنوي**

أنت تتلقى هذا الإشعار الخطي السنوي لأنك قد قدمت بالفعل موافقتك الكتابية المُسبقة إلى [اسم المنطقة التعليمية، واسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة ] بغرض:

* استخدم مزايا التأمين العام خاصتك (برنامج المعونات الطبية Medicaid) للمساعدة في سداد تكاليف التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة التي يتلقاها طفلك كجزء من تعليمه العام؛ و
* الإفصاح عن معلومات تعريفية شخصية خاصة بطفلك لوكالات Medicaid بالولاية لأغراض الفوترة فقط.

**معلومات هامة بشأن موافقتك الكتابية المُسبقة والإشعار الكتابي**

تقتضي قوانين التعليم الخاص أن تتلقى إشعارًا سنويًا بشأن الحقوق المتعلقة بموافقتك، ولديك الحق في تلقي هذا الإشعار بلغتك الأم أو بأي طريقة اتصال أخرى.

1. موافقتك الكتابية المُسبقة مطلوبة قبل أن يجوز لـ [اسم المنطقة التعليمية، واسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة] الوصول إلى معلومات التأمين العام الخاص بك (مثل برنامج المعونات الطبية Medicaid) أو الإفصاح عن معلومات تعريفية شخصية خاصة بطفلك إلى وكالات الولاية (مثل إدارة الخدمات الإنسانية أو هيئة الصحة في ولاية أوريغون) لأغراض فوترة برنامج المعونات الطبية Medicaid.
2. موافقتك طوعية. إذا رفضت إعطاء الموافقة، فإن [ اسم المنطقة التعليمية، واسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة] ستظل توفر لطفلك التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة اللازمة للتعليم العام المجاني المناسب (FAPE).
3. لن تؤثر مطالبات المدارس الخاصة بسداد تكاليف برنامج المعونات الطبية Medicaid مقابل هذه الخدمات على تلقي طفلك للخدمات الصحية من طبيب الأسرة أو مقدمي الرعاية الصحية الآخرين بأي شكل من الأشكال، **وبغض النظر عما إذا كنت توافق على استخدام التأمين العام الخاص بك،** فإن [اسم المنطقة التعليمية، اسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة] تتحمل مسؤولية مستمرة لتزويد الأطفال بجميع خدمات التعليم الخاص المطلوبة والخدمات ذات الصلة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة دون أي تكلفة على الأسرة وبدون أي تقليص للإعانات أو تأثير على التغطية مدى الحياة أو زيادة للأقساط.
4. ستسأل[ اسم المنطقة التعليمية، اسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة] عن موافقتك الكتابية المُسبقة فقط عند أول مرة تطلب فيها الوصول إلى معلومات التأمين العام الخاص بك (على سبيل المثال، برنامج المعونات الطبية Medicaid) وإفصاحك عن معلومات تعريفية شخصية من سجلات تعليم طفلك وذلك لأغراض فوترة فواتير برنامج المعونات الطبية Medicaid. وعقب ذلك، سوف تتلقى إشعارات سنوية بشأن هذه المعلومات.
5. من خلال منح موافقتك، فإنك توافق على السماح لـ [ اسم المنطقة التعليمية، واسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة ]−بما يلي:

أ. استخدام إعانات برنامج المعونات الطبية Medicaid الخاصة بك لسداد تكاليف التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة المقدمة كجزء من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA)؛

ب. الإفصاح عن معلومات تعريفية شخصية خاصة بطفلك لوكالات برنامج المعونات الطبية Medicaid بالولاية لأغراض الفوترة فقط، ويرد أدناه قائمة بهذه الوكالات والمعلومات التعريفية الشخصية.

**وكالات برنامج المعونات الطبية Medicaid بالولاية :**

إدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون (DHS)

هيئة الصحة في ولاية أوريغون (OHA)

**المعلومات التعريفية الشخصية التي يتعين الإفصاح عنها تتضمن ما يلي:**

أ. اسم وعنوان الطفل أو ولي أمر الطفل أو أي فرد آخر من أفراد الأسرة؛

ب. المعرف الشخصي، بما في ذلك رقم الضمان الاجتماعي للطفل، وتاريخ ميلاده، وجنسه، وتشخيصه، وأكواد الإجراءات الخاصة بفواتير برنامج المعونات الطبية Medicaid؛ و

ج. سجلات التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة المقدمة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA). (أمثلة: تقارير التقييم والتقويم من مقدمي خدمات التعليم الخاص والمعلمين، وبيانات الأهلية، والخطط التعليمية (برنامج التعليم الفردي/خطة الخدمة الفردية للأسرة) ، وتقارير التقدم المُحرز في برنامج التعليم الفردي/خطة الخدمة الفردية للأسرة)؛ والسجلات الصحية التي تعتبر سجلات تعليمية تخص الطلاب بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة وقانون حقوق التعليم الأسرية والخصوصية (FERPA).

1. في حال تغيير رأيك، يمكنك إلغاء موافقتك الكتابية في أي وقت عن طريق إشعار كتابي لـ[ اسم المنطقة التعليمية، اسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة]، وإذا ألغيت الموافقة كتابيًا، فلن تُستخدم إعانات التأمين العام الخاصة بك ولن يُفصح عن معلومات التعريفية الشخصية لطفلك إلى وكالات برنامج المعونات الطبية Medicaid بالولاية بعد تاريخ سريان الإلغاء.
2. بصفتك ولي أمر لطفل ذي إعاقة، فلديك ضمانات بموجب قانون التعليم الخاص. للحصول على نسخة من إشعار أوريغون للضمانات الإجرائية أو شرح لهذا الإشعار والضمانات الإجرائية الخاصة بك، يرجى الاتصال بالشخص المذكور أدناه.

|  |
| --- |
| **معلومات الاتصال**  الاسم/اللقب:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  الهاتف:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  البريد الإلكتروني:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  العنوان البريدي:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| التعليمات – استخدام النموذج  **السلطة المُخولة**  يمتثل هذا النموذج لمراجعات لوائح قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة لعام 2004 التي تمت بتاريخ 14 فبراير 2013 وبدأ سريانها اعتبارًا من 18 مارس 2013 فيما يتعلق باستخدام موافقة أولياء الأمور لإعانات التأمين العام لولي أمر أو طفل والإفصاح عن المعلومات التعريفية الشخصية لوكالات برنامج المعونات الطبية Medicaid بالولاية (الباب 34 من الفقرة 154 من المادة 300(د) من مدونة اللوائح الفيدرالية). تنطبق هذه الشروط على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و 21 عامًا.  **الغرض**  استخدم هذا النموذج لتقديم إشعار كتابي مبدئي وسنوي إلى أولياء الأمور بلغتهم الأم أو أي وسيلة اتصال أخرى ولتنفيذ شروط الإشعار الواردة في الفقرة 154 من المادة 300. يوضح كل إشعار الضمانات المتعلقة بموافقة أولياء الأمور للمنطقة التعليمية أو المتعاقد بغية استخدام إعانات برنامج المعونات الطبيةMedicaid الخاصة بالعائلة والإفصاح عن المعلومات التعريفية الشخصية الخاصة بالطفل إلى إدارة الخدمات الإنسانية في ولاية أوريغون (DHS) وإلى هيئة الصحة في ولاية أوريغون (OHA) لأغراض فوترة برنامج المعونات الطبية Medicaid فقط.  **متى يتم استخدام هذا النموذج؟**   1. قدم نموذج الإشعار المبدئي قبل أن تطلب المنطقة التعليمية أو برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة موافقة برنامج المعونات الطبية Medicaid من أولياء الأمور باستخدام نموذج الموافقة المنقح (الموافقة على الوصول إلى معلومات التأمين العام (برنامج المعونات الطبية Medicaid) والموافقة على الإفصاح عن معلومات تعريفية شخصية لأغراض فوترة برنامج المعونات الطبية Medicaid. 2. بالنسبة للأطفال المستمرون في التسجيل في نفس المنطقة التعليمية أو في نفس برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة في السنوات اللاحقة، قدم هذا النموذج كإشعار كتابي سنوي من المنطقة التعليمة/الحصول المستمر لبرنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة على إعانات التأمين العام للعائلة/ إعانات برنامج المعونات الطبية Medicaid، والإفصاح عن المعلومات التعريفية الشخصية في السنوات الدراسية اللاحقة، وشرح الضمانات المتعلقة بسنوات الموافقة بعد الإشعار المبدئي والموافقة المبدئية. 3. بالنسبة للأطفال الذين ينتقلون إلى منطقة تعليمية جديدة أو إلى مجال جديد من مجالات برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة، قدم الإشعار الكتابي المبدئي قبل طلب نموذج موافقة جديد.   **استكمال النموذج**  معلومات الاتصال - العنوان والمحتوى:  أدخل معلومات المنطقة التعليمية/الوكالة في العنوان لتكييف النموذج للاستخدام المحلي؛  أدخل نفس المعلومات حيثما تم تحديدها في كل مكان بالنموذج.  قدم معلومات الاتصال الفردية في الخاتمة  معلومات ديموغرافية –  أدخل معلومات تعريفية تخص الطفل/الطالب:  اسم الطفل القانوني كاملاً، أذكر الاسم الأخير أولا متضمنًا الاسم الأوسط.  تاريخ الميلاد (شهر/ يوم/ عام).  الرمز التعريفي لأمن الطالب.  اسم ولي الأمر  معلومات الاتصال بولي الأمر  معلومات التتبع  أدخل تاريخ الإشعار الكتابي  أدخل طريقة تقديم الإشعار الكتابي إلى ولي الأمر (التسليم شخصيًا، التسليم عن طريق بريد الولايات المتحدة، وإلى ذلك.)  ضع نسخة من الإشعار واحتفظ بها في ملف الطالب. |
|  |