## موافقة كتابية للحصول

**على التأمين العام الخاص ببرنامج المعونات الطبية MEDICAID و**

**الإفصاح عن المعلومات التعريفية الشخصية لأغراض فوترة برنامج المعونات الطبية MEDICAID**

للأعمار من 3 إلى 21 عامًا

## اسم الطالب/الطفل

الاسم الأخير الاسم الأول الاسم الأوسط

## تاريخ الميلاد رقم الرمز التعريفي الآمن للطالب.

الشهر/اليوم/العام

**تاريخ الإشعار الكتابي المبدئي بالتغييرات**

## أتفهم ما يلي

1. أن موافقتي الكتابية المُسبقة مطلوبة قبل أن يجوز لـ [أدرج اسم المنطقة التعليمية، واسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة] الوصول إلى معلومات التأمين العام الخاص بي (مثل برنامج المعونات الطبية Medicaid) أو الإفصاح عن معلومات تعريفية شخصية خاصة بطفلي إلى وكالات الولاية (مثل إدارة الخدمات الإنسانية أو هيئة الصحة في ولاية أوريغون) لأغراض فوترة برنامج المعونات الطبية Medicaid.

# أن موافقتي طوعية، وإذا رفضت إعطاء الموافقة، فإن [ اسم المنطقة التعليمية، واسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة] ستظل توفر لطفلي التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة اللازمة للتعليم العام المجاني المناسب (FAPE).

1. أن [اسم المنطقة التعليمية، اسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة] يجب أن تعطيني إشعارًا كتابيًا يوضح الموافقة قبل أن تطلب مني موافقتي.

# أن [اسم المنطقة التعليمية، اسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة] ستسأل عن موافقتي الكتابية المُسبقة فقط عند أول مرة تطلب فيها الوصول إلى معلومات التأمين العام الخاص بي (على سبيل المثال، برنامج المعونات الطبية Medicaid) وتطلب إذنًا بالإفصاح عن معلومات تعريفية شخصية من سجلات تعليم طفلي وذلك لأغراض فوترة برنامج المعونات الطبية Medicaid. وعقب ذلك، سوف أتلقى إشعارات سنوية بشأن هذه المعلومات.

1. أنه يمكنني إلغاء موافقتي الكتابية في أي وقت عن طريق توجيه إشعار كتابي إلى[اسم المنطقة التعليمية، اسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة]، وأن إلغاء الموافقة لاستخدام إعاناتي العامة أو التأمين العام الخاص بي يعني أنه لن يتم الحصول على إعانات التامين العام ولن يتم الإفصاح عن المعلومات التعريفية الشخصية لطفلي في تاريخ أو بعد تاريخ سريان الإلغاء.
2. وإذا رفضت إعطاء موافقتي، فإنني سأظل أتلقى التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة اللازمة للتعليم العام المجاني المناسب (FAPE) من دون احتساب أي تكلفة علي.

**وعن طريق إعطاء موافقتي فإنني أتفهم وأوافق على أن** [اسم المنطقة التعليمية، واسم برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة] يجوز لهما القيام بما يلي:

# الوصول إلي إعانات التأمين العام (برنامج المعونات الطبية Medicaid) لسداد تكاليف التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة المقدمة كجزء من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA)؛

1. الكشف عن المعلومات التعريفية الشخصية الواردة بسجلات تعليم طفلي إلى الوكالة (الوكالات) التالية فقط لغرض فوترة برنامج المعونات الطبية Medicaid:

إدارة الخدمات الإنسانية بولاية أوريغون (DHS) هيئة الصحة بولاية أوريغون (OHA)

1. الكشف عن أنواع المعلومات التعريفية الشخصية الموضحة أدناه:

أ. اسم وعنوان طفلي أو ولي أمره 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؛

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 الخاصة (برنامج التعليم الفردي/خطة الخدمة الفردية للأسرة)، وتقارير التقدم المُحرز في برنامج التعليم الفردي؛ والسجلات الصحية التي تعتبر سجلات تعليمية تخص الطلاب بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة وقانون حقوق التعليم الأسرية والخصوصية (FERPA)؛ و

د. أنواع معلومات تعريفية شخصية أخرى (أذكرها):

**أنا أعطي موافقتي** بالوصول إلى التأمين العام الخاص بي (برنامج المعونات الطبية Medicaid) والكشف عن المعلومات التعريفية الشخصية لطفلي المدرجة أعلاه لأغراض الفوترة.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع ولي الأمر/الوصي التاريخ

**أنا لا أمنح موافقتي** بالوصول إلى التأمين العام الخاص بي (برنامج المعونات الطبية Medicaid) والكشف عن المعلومات التعريفية الشخصية لطفلي المدرجة أعلاه لأغراض الفوترة.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

توقيع ولي الأمر/الوصي التاريخ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم المترجم الشفهي مكتوبًا بأحرف واضحة، إن أقتضت الحاجة ذلك.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع المترجم الشفهي التاريخ

للمزيد من المعلومات، اتصل بالجهة التالية:

التعليمات – استخدام النموذج

### السلطة المُخولة

يمتثل هذا النموذج لمراجعات لوائح قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة لعام 2004 التي تمت بتاريخ 14 فبراير 2013 وتسري 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 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

يُستخدم هذا النموذج من قبل المناطق التعليمية وبرامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة التي تقترح استخدام إعانات برنامج المعونات الطبية Medicaid لأولياء الأمور/للطفل لتنفيذ لوائح الموافقة الجديدة، ويحل هذا النموذج محل الموافقة الحالية للوصول إلى النماذج المحفوظة الخاصة بإعانات برنامج Medicaid للطفل/ للطالب. يجب أن يكون هذا الإشعار مكتوبًا بلغة مفهومة لعامة الناس كما يحق للشخص الذي يتلقى هذا النموذج الحصول على هذا الإشعار بلغته الأم أو بأي طريقة اتصال أخرى إلا إذا تبين بوضوح تعذر القيام بذلك.

ويُستخدم النموذج تحديدًا لتوثيق الموافقة الكتابية المُسبقة الخاصة بولي الأمر، أو رفض الموافقة كما يُستخدم للأغراض التالية: 1) استخدام إعانات التأمين العام الخاصة بولي الأمر أو الطفل (برنامج المعونات الطبية Medicaid) و 2) الإفصاح عن المعلومات التعريفية الشخصية الخاصة بالطفل إلى وكالة (وكالات) برنامج المعونات الطبية Medicaid التابعة للولاية، وإدارة الخدمات الإنسانية في ولاية أوريغون (DHS) وهيئة الصحة في ولاية أوريغون (OHA).

### متى يُستخدم هذا النموذج؟

يُستخدم هذا النموذج للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و 21 عامًا.

لا تستخدم هذا النموذج إلا بعد أن تقدم المنطقة التعليمية أو برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة إشعارًا كتابيًا إلى ولي الأمر يوضح مقترح استخدام الإعانة العامة خاصته وضمانات قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة المتعلقة باستخدام المنافع العامة.

ويُستخدم هذا النموذج في المرة الأولى التي يطرأ فيها تغيير في نوع أو مقدار الخدمات التي يتعين تقديمها للطفل أو تغيير في تكلفة الخدمات التي سيتم تحميلها على المنافع العامة أو برنامج التأمين ويُستخدم بعد أن تقدم المنطقة التعليمية أو برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة إشعارًا كتابيًا إلى ولي الأمر يوضح مقترح استخدام الإعانة العامة خاصته وضمانات قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة المتعلقة باستخدام المنافع العامة.

وبمجرد حصول الوكالة العامة على هذه الموافقة التي تُمنح مرة واحدة، فلا يُطلب من الوكالة العامة الحصول على موافقة ولي الأمر قبل وصولها للإعانات العامة أو التأمين الخاص بالطفل او ولي الأمر في المستقبل، بغض النظر عما إذا كان هناك تغيير في نوع أو مقدار الخدمات التي يتعين تقديمها للطفل أو تغيير في تكلفة الخدمات التي سيتم تحميلها على المنافع العامة أو برنامج التأمين (مثل برنامج المعونات الطبية Medicaid).

### استكمال النموذج

العنوان - أدخل معلومات المنطقة التعليمية/الوكالة في العنوان لملائمة النموذج للاستخدام المحلي.

**أدخل معلومات تعريفية تخص الطفل/الطالب:** اسم الطفل القانوني كاملاً، أذكر الاسم الأخير أولا متضمنًا الاسم الأوسط. تاريخ الميلاد (شهر/ يوم/عام).

رقم هوية الضمان الاجتماعي.

أدخل التاريخ الذي قدمت فيه المنطقة إشعارًا كتابيًا مبدئيًا وفقًا للمراجعات الفيدرالية التي تمت في شهر مارس 2013 للقانون الفيدرالي.

أدخل في كل مكان بالمستند اسم المنطقة التعليمية أو برنامج التعليم الخاص خلال مرحلة الطفولة المبكرة (للأطفال ما قبل المدرسة والذين تتراوح أعمارهم بين 3 و

5 أعوام)، وأفعل ما يلي حيثما يتم الإشارة لذلك:

* اطلب من الوالد التوقيع وإدخال تاريخ التوقيع في الفراغ المناسب (إما بإعطاء الموافقة أو رفضها).
* قدم نسخة من النموذج إلى ولي الأمر/الوصي وضع نسخة في ملف الطالب.