موافقة ولي الأمر على

الوصول إلى التأمين الصحي العام (Medicaid)المدكيد و

الإفصاح عن معلومات التعريف الشخصية لأغراض الفواتير Medicaid

للأعمار من 3 إلى 21 عامًا

**عزيزي ولي الأمر / الوصي:**

الغرض من هذه الرسالة هو طلب إذنك ، المعروف أيضًا باسم الموافقة ، لمشاركة المعلومات حول طفلك مع هيئة الصحة في ولاية أوريغون (OHA) ، وكالة الرعاية الطبية بولاية أوريغون ، من أجل الوصول إلى تعويض Medicaid للخدمات الصحية المغطاة المقدمة في الإعداد المدرسي. القطاعات التعليمية وبرامج التعليم الخاص للطفولة المبكرة (ECSE) قد تتلقى تعويضًا جزئيًا من OHA لتكاليف الخدمات الصحية المغطاة ببرنامج Medicaid المقدمة للأطفال المسجلين في برنامج Medicaid من ذوي الإعاقة. من أجل الوصول إلى تعويضات Medicaid ، تحتاج القطاعات التعليمية لطفلك أو برنامج ECSE إلى موافقتك لمشاركة المعلومات حول طفلك مع OHA. قد يلزم مشاركة النوع التالي من المعلومات حول طفلك مع OHA: الاسم ؛ تاريخ الميلاد؛ نوع الخدمات المقدمة وتاريخ (تواريخ) تقديم الخدمات ومن قبل من ؛ سجلات الحضور ، ورقم تعريف الطالب الحكومي (SSID).

إخطار الوالدين

**لا تستطيع** القطاعات **التعليمية وبرامج ECSE مشاركة المعلومات حول طفلك دون إذنك. عندما تفكر في منح الإذن ، يرجى العلم أن لديك الحقوق التالية:**

**1. لا يمكن لل**قطاعات **التعليمية مطالبتك بالتسجيل في خطة أوريغون الصحية (Medicaid) حتى يحصل طفلك على خدمات الصحة المدرسية التي يحق لطفلك الحصول عليها.**

**2. لا يمكن لل**قطاعات **التعليمية أن تطلب منك دفع أي شيء مقابل الخدمات المتعلقة بصحة طفلك والمقدمة في محيط المدرسة. هذا يعني أنه لا يمكنهم أن يطلبوا منك دفعًا مشتركًا أو خصمًا من أجل فوترة OHA مقابل الخدمات المقدمة.**

**3. إذا أعطيت** القطاعات **التعليمية إذنًا لمشاركة المعلومات مع OHA من أجل إصدار فاتورة إلى Medicaid:**

**أ. لن يؤثر هذا على التغطية المتاحة مدى الحياة لطفلك أو مزايا Medicaid الأخرى ؛ ولن يحد بأي شكل من الأشكال من استخدام عائلتك لمزايا Medicaid خارج المدرسة.**

**ب. لن يؤثر إذنك على خدمات التعليم الخاص لطفلك أو برنامج التعليم الفردي (IEP) أو حقوق المادة 504 بأي شكل من الأشكال ، إذا كان طفلك مؤهلاً لتلقيها.**

**ج. لن يؤدي إذنك إلى أي تغييرات في حقوق Medicaid لطفلك.**

**د. لن يؤدي إذنك إلى أي خطر فقدان الأهلية للبرامج الأخرى الممولة من Medicaid أو OHA.**

**4. إذا أعطيت الإذن ، فيحق لك تغيير رأيك وسحب الإذن في أي وقت. يجب أن تخبر منطقة المدرسة كتابيًا أنه تم سحب إذنك.**

**5. إذا سحبت إذنك أو رفضت السماح ل**قطاع  **المدرسة بمشاركة سجلات طفلك ومعلوماته مع إدارة الصحة والسلامة المهنية (OHA) بغرض طلب تعويض Medicaid لتكلفة خدمات الصحة المدرسية المغطاة ، فسيظل** قطاع **المدرسة مسؤول عن توفير طفلك مع الخدمات الصحية ، دون أي تكلفة عليك.**

موافقة الوالدين

**لقد قرأت الإشعار وفهمته. تم الرد على أي أسئلة لدي. أعطي الإذن لمنطقة المدرسة أو برنامج ECSE للمشاركة مع سجلات OHA والمعلومات المتعلقة بطفلي والخدمات الصحية التي يغطيها برنامج Medicaid ، حسب الضرورة. أفهم أن هذا سيساعد ا**لقطاعات **التعليمية أو برنامج ECSE في الحصول على تعويض جزئي لتكلفة خدمات Medicaid المغطاة المقدمة لطفلي.**

**تاريخ الإخطار الكتابي الأولي إلى ولي الأمر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| اسم الطفل | تاريخ الميلاد | SSIDرقم الطالب |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

اسم ولي الأمر / الوصي \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع ولي الأمر / الوصي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توجيهات إلى وكالة التعليم – تخويل استخدام النموذج

**يهدف هذا النموذج إلى الامتثال لمراجعات 14 فبراير 2013 لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA) لعام 2004 المتعلقة باستخدام موافقة الوالدين لمزايا التأمين العام للطفل وإصدار معلومات التعريف الشخصية إلى وكالة الرعاية الطبية الحكومية لكل 34 CFR § 300.154 (d) وقانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA).**

الغاية

**تستخدم المناطق التعليمية وبرامج ECSE التي تقترح استخدام مزايا Medicaid الخاصة بالطفل هذا النموذج للامتثال لمتطلبات الإخطار الكتابي. إنه يحل محل الموافقة الحالية للوصول إلى نماذج مزايا Medicaid في الملف للطفل / الطالب. يجب كتابة هذا الإشعار بلغة مفهومة لعامة الناس. يحق للفرد الذي يتلقى هذا النموذج تلقي هذا الإشعار بلغته الأم أو بأي طريقة اتصال أخرى ما لم يكن من الواضح أنه من غير الممكن القيام بذلك.**

**على وجه التحديد ، يتم استخدام النموذج لتوثيق موافقة مستنيرة مكتوبة من الوالدين ، أو رفض الموافقة ، 1) لاستخدام مزايا التأمين العام للوالد أو الطفل (Medicaid) و 2) لإصدار معلومات شخصية عن الطفل إلى وكالة Medicaid في الولاية ، هيئة الصحة في ولاية أوريغون (OHA).**

متى يتم استخدام هذا النموذج؟

**يستخدم هذا النموذج للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و 21 عامًا. استخدم هذا النموذج** فقط **بعد أن يقدم قطاع المدرسة أو برنامج ECSE** إخطارًا كتابيًا **إلى ولي الأمر الذي يشرح اقتراح استخدام المنافع العامة والحقوق التي يحق لهم الحصول عليها.**

**بمجرد حصول قطاع المدرسة أو برنامج ECSE على هذه الموافقة لمرة واحدة ، لا يُطلب من منطقة المدرسة أو برنامج ECSE الحصول على موافقة الوالدين قبل الوصول إلى المزايا العامة أو التأمين للطفل أو الوالد في المستقبل ، بغض النظر عما إذا كان هناك تغيير في نوع أو مقدار الخدمات التي سيتم تقديمها للطفل أو تغيير في تكلفة الخدمات التي سيتم تحميلها على المنافع العامة أو برنامج التأمين (على سبيل المثال ، Medicaid).**

**استكمال النموذج**

**● أدخل معلومات القطاعات التعليمية / برنامج ECSE في العنوان لتكييف النموذج للاستخدام المحلي**

**● أدخل التاريخ الذي قدمت فيه المنطقة التعليمية / برنامج ECSE إخطارًا كتابيًا أوليًا**

**● أدخل الطفل / الطالب:**

**○ الاسم القانوني الكامل متضمنًا الاسم الأوسط**

**○ تاريخ الميلاد (شهر / يوم / سنة)**

**○ رقم SSIDالطالب**

**● اطلب من الوالد طباعة الاسم وتوقيع المستند وإدخال تاريخ التوقيع**

**● تقديم نسخة إلى الوالد / ولي الأمر ووضع نسخة في ملف الطالب**

ملاحظة: يجب أن تتشاور القطاعات مع مستشارها القانوني فيما يتعلق بأي أسئلة تتعلق بمتطلبات اللوائح الخاصة بالولاية أو اللوائح الفيدرالية.