

موافقت والدین برای ارسال صورتحسابها به Medicaid و FAMIS برای خدمات تحت پوشش بیمه

نام دانش آموز: _____ شماره شناسایی دانش آموز: _____

تاریخ تولد: _____ تاریخ موافقت والدین با IEP: _____ تاریخ IEP: _____

اگر فرزندان در حاضر یا بعداً حائز شرایط دریافت بیمه های Medicaid یا دسترسی خانواده به بیمه درمانی (FAMIS) باشد و خدماتی که در برنامه آموزش فردی IEP پیش بینی شده است دریافت کند، دولت فدرال می تواند به منطقه یا سیستم مدرسه کمک کرده و صورتحسابهای خدمات تحت پوشش را پرداخت کند. قبل از اینکه مدرسه بتواند درخواست بازپرداخت اینگونه هزینه ها را از Medicaid یا FAMIS بکند موافقت والدین برای اینکار ضروریست. این صورتحسابها برای بیمه های شخصی ارسال نخواهد شد و هیچگونه تاثیری روی مزایا شما در Medicaid/FAMIS نخواهد داشت. موافقت شما بطورکلی داوطلبانه می باشد. اگر شما موافقت نکنید این اقدام هیچگونه تاثیری بر روی خدمات فرزندان نخواهد گذاشت.

رویه های حفاظتی: من از حق خود برای رد رضایت از مدارس دولتی فیرفکس کانتی (FCPS) برای انتشار اطلاعات در مورد خدمات IEP فرزندم به منظور درخواست بازپرداخت از طریق Medicaid یا FAMIS آگاه هستم. من می دانم اگر انتخاب کنم که با این برنامه موافقت ندارم این تصمیم من روی خدماتی که فرزندم دریافت می کند تاثیری نخواهد داشت. من می دانم که موافقت من داوطلبانه بوده و من هرگاه تصمیم بگیرم می توانم آنرا لغو کنم. من همچنین می دانم که حق دارم یک کپی از اسنادی که در دسترس دیگران قرار گرفته است را اتخاذ کنم. اگر سوال یا نظری دارید لطفاً با تلفن شماره 4065-423-571 با مدیر پروژه Medicaid تماس بگیرید.

سرویس	تاریخ خدمت (از الی)	تکرار دفعات
سرویس	تاریخ خدمت (از الی)	تکرار دفعات
سرویس	تاریخ خدمت (از الی)	تکرار دفعات
سرویس	تاریخ خدمت (از الی)	تکرار دفعات
سرویس	تاریخ خدمت (از الی)	تکرار دفعات

من **رضایت می دهم** FCPS اطلاعات مربوط به سرویس های دریافتی فرزندم در خدمات پزشکی در دسترس پزشکان، سایر ارائه دهندگان خدمات پزشکی، وزارت خدمات کمک پزشکی (DMAS)، هرگونه آژانس صدور صورتحساب DMAS و هر گونه فاکتور صورتحساب FCPS به منظور پرداخت مطالبات برای بازپرداخت خدمات تحت پوشش Medicaid / FAMIS که در IEP بیان شده است، قرار دهد.

تاریخ _____ امضاء والدین (یا دانش آموز 18 ساله یا بزرگتر)

من **رضایت نمی دهم** که مدارس دولتی فیرفکس کانتی اطلاعات فرزندم را در زمینه سرویس ها و خدمات دریافتی که در IEP او در نظر گرفته شده است بمنظور بازپرداخت هزینه های مربوطه که بوسیله بیمه های Medicaid یا FAMIS قابل پرداخت می باشد در دسترس قرار دهد.

تاریخ _____ امضاء والدین (یا دانش آموز 18 ساله یا بزرگتر)

اطلاعات پرونده تحصیلی دانش آموزان مدارس دولتی کانتی فیرفکس در صورتی در دسترس دیگران قرار می گیرد که دریافت کننده موافقت کند بدون رضایت کتبی والدین یا دانش آموز حائز شرایط اطلاعاتی از این قبیل را در دسترس دیگران قرار ندهد.