

Fairfax County Public Schools

8115 Gatehouse Road, Suite 3146 , Falls Church, VA 22042-1203 Office: (571) 423-4065 Fax: (571) 423-4077

موافقتنامه والدین جهت فرستادن صورت حساب به بیمه عمومی

نام دانش آموز: _____

تاریخ تولد

شماره سوشال سکيوریتی

نام والدین/ سرپرست: _____

1. **بیمه سلامتی (پزشکی):** (لطفاً کلیه مواردی را که شامل میشود علامت بزنید)

برنامه های Medicaid: Medicaid _____ Medicaid Expansion _____ Medicaid _____
Virginia Premier _____ Optimum Choice _____ HealthKeepers Plus _____ Amerigroup _____

شماره Medicaid دانش آموز:

شماره FAMIS دانش آموز:

_____ بیمه خصوصی (صورت حساب برای بیمه خصوصی فرستاده نمی شود) _____ بدون بیمه

2. **فقط برای آنهایی که بیمه Medicaid/FAMIS دارند**

موافقت برای دادن اطلاعات بديگران: من موافقت می نمایم که مدارس عمومی کانتی فیرفکس FCPS اطلاعات پزشکی مربوط به فرزندم را که در ارتباط با خدماتی بوده که بحساب Medicaid منظور گردیده است در دسترس دکترهای شرکت کننده، سایر ارائه کنندگان خدمات پزشکی، دپارتمان خدمات کمکی پزشکی، هر یک از نمایندگان دپارتمان رسیدگی صورت حساب خدمات کمکی پزشکی، و یا هر یک از نمایندگان بررسی صورت حسابهای FCPS که ضروری است تا رسیدگی نمایند درخواستهای بازپرداخت هزینه های خدمات پزشکی ارسالی به Medicaid/FAMIS را در ارتباط با خدماتی که در برنامه آموزش فردی دانش آموز (IEP) منظور گردیده است قرار دهد.

نوع خدمت	تاریخ انجام خدمت (از و تا)	دفعات تکرار
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ضوابط حفاظتی: من میدانم که عدم موافقت من با اینکه سیستم مدرسه دسترسی داشته باشد به بیمه Medicaid فرزندم بمنظور درخواست بازپرداخت هزینه های در ارتباط با خدمات پزشکی در نظر گرفته شده در برنامه (IEP) فرزندم هیچگونه تأثیری در برنامه خدمات پزشکی در نظر گرفته شده برای فرزندم نخواهد داشت. من میدانم که موافقت من بصورت داوطلبی بوده و در هر زمانی میتوانم آنرا لغو کنم. من میدانم که کلیه اطلاعات و دسترسی بآنها بر اساس و مطابق مقررات مربوط به پرونده های دانش آموزان میباشد بطوریکه در رویه 2701.1 هیئت مدیره مدرسه و مقررات 2710.2 آمده است.

تاریخ

امضاء والدین/ سرپرست