|  |
| --- |
| **الغرض:** يطلب هذا النموذج موافقتك على مشاركة المعلومات الضرورية للتحقق من الأهلية لبرنامج Medicaid ولإصدار الفواتير لتسديد تكاليف البرنامج المستند إلى المدرسة مع هيئة الرعاية الصحية في ولاية واشنطن (Health Care Authority HCA). عندما تتحقق المنطقة التعليمية من أهليتك لبرنامج المساعدة الطبية للفقراء أو تسجل هيئة الرعاية الصحية الخدمات المستندة إلى المدرسة استنادًا إلى أهليتك أو أهلية طفلك للحصول على المزايا العامة، فلا يؤثر ذلك على أي من مخصصاتك الفردية بموجب برنامج المساعدة الطبية للفقراء. |

الموافقة على التحقق من الأهلية وفواتير تعويض برنامج المساعدة الطبية للفقراء المستند إلى المدرسة

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم الطالب: |  | معرف SSID (إذا كان معروفًا): | |  | |
| المدرسة الحالية: |  | | تاريخ الميلاد: | |  | |

تٌلزم المنطقة التعليمية بالحصول على موافقتك للتحقق من أهليتك للتمتع ببرنامج المساعدة الطبية للفقراء وتقديم المطالبات المتعلقة بالخدمات المدرسية التي يتم سدادها نيابة عن طفلك. وتشمل أنواع الخدمات التي يمكن أن يردها برنامج المساعدة الطبية للفقراء العلاج الطبيعي، والعلاج المهني، وعلاج النطق، وعلاج السمع، والتمريض، والاستشارات، والتقييمات النفسية. ويمكن الحصول على تعويض لتكلفة هذه الخدمات التي يمكن تقديمها لطفلك من خلال برنامج التعليم الفردي (individualized education program IEP) أيضًا من قبل برنامج المساعدة الطبية للفقراء إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على مزايا هذا البرنامج. بعد الحصول على إذن منك، سوف ترسل (Insert SCHOOL DISTRICT) اسم الطالب وتاريخ ميلاده إلى هيئة الرعاية الصحية في ولاية واشنطن (HCA) للتحقق من أهليته لبرنامج Medicaid. لن يؤدي تقديم هذه المعلومات إلى تغيير الخدمات المقدمة في برنامج التعليم الفردي (IEP) لطفلك. ووفقًا لموافقتك، ستشارك (Insert SCHOOL DISTRICT) أيضًا المعلومات اللازمة من السجل التعليمي لطفلك للحصول على تعويض من هيئة الرعاية الصحية إذا كان من الممكن استرداد تكاليف الخدمات المقدمة لطفلك بسبب أهلية طفلك للحصول على مزايا برنامج Medicaid.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| أمنح الترخيص بما يلي |  | مشاركة أي معلومات تعريف ضرورية من |
| سجل طفلي التعليمي للتحقق من أهليته لبرنامج المساعدة الطبية للفقراء مع هيئة الرعاية الصحية، والوصول إلى المزايا العامة لي أو لطفلي للحصول على تعويض لتكاليف برنامج المساعدة الطبية للفقراء المخصص للخدمات الصحية المدرسية المقدمة من هيئة الرعاية الصحية. في حالة توقف حصول طفلي على الخدمة في هذه المنطقة التعليمية، أفهم أن هذه الموافقة لن يتم نقلها إلى منطقة تعليمية جديدة. سيبدأ هذا التفويض في التاريخ الذي أوقع فيه وأمنح الموافقة أدناه. | | |

بمنحي للموافقة، أقر بما يلي: (1) لقد تم إخباري بالكامل بجميع المعلومات ذات الصلة بالوصول إلى مزايا برنامج المساعدة الطبية للفقراء الخاصة بي أو بطفلي، وأُبلغت بأسباب مطالبتي بتقديم الموافقة على الإفصاح عن المعلومات ذات الصلة من سجلات طفلي التعليمية للتحقق من أهليته والحصول على تعويض من هيئة الرعاية الصحية. و(2) أفهم أيضًا أن منح الموافقة طوعيًا من جانبي ويمكنني إلغاء الموافقة في أي وقت؛ و(3) إذا ألغيت الموافقة، فإن الإلغاء لا يُطبَّق بأثر رجعي؛ مما يعني أنه لا يلغي أي مستند أو فواتير تم تقديمها بالفعل عبر هيئة الرعاية الصحية، ولكنه سيوقف أي عملية تحقق أو فوترة مستقبلية.

أوافق على التحقق من أهلية طفلي لبرنامج المساعدة الطبية للفقراء من خلال هيئة الرعاية الصحية وتقديم مطالبات بشأن الخدمات المسموح بها.

لا أمنح الموافقة. أفهم أن رفضي للموافقة يعني أن المنطقة التعليمية لا يمكنها التحقق من الأهلية أو تقديم مطالبة بالتعويض عن الخدمات التي قد يغطيها برنامج المساعدة الطبية للفقراء. أتفهم أيضًا أن رفضي لا يؤثر في إمكانية حصول طفلي على خدمات التعليم الخاص بموجب برنامج التعليم الفردي الخاص به.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *توقيع الوالد/الوصي* |  | *التاريخ* |

إذا كانت لديك أسئلة حول هذه الموافقة، فيُرجى الاتصال بمنطقتك التعليمية أو إرسال بريد إلكتروني إليها للحصول على تفسير حول سبب تقديم الطلب INSERT DISTRICT CONTACT INFORMATION.

[Creative Commons License](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) موافقة برنامج Medicaid على الفوترة المقدمة من [مكتب المشرف على التعليم العام (Office of Superintendent of Public Instruction)](http://www.k12.wa.us) مرخصة بموجب  [الرخصة الدولية للمشاع الإبداعي رقم 4. (Creative Commons Attribution 4.0 International License)](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).