|  |
| --- |
| **الغرض:** يهدف هذا النموذج إلى الحصول على موافقة الوالدين للوصول إلى التأمين الخاص الذي يشارك فيه الطالب، أو لتقديم أو دفع مقابل الخدمات المطلوبة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة ((Individuals with Disabilities Education Act, IDEA). لا يُطلب من الآباء الموافقة على استخدام مزايا التأمين. إذا كان لدى الآباء أسئلة بخصوص هذا الطلب، فعليهم الاتصال بمدير التعليم الخاص في المنطقة التعليمية للحصول على تفسير حول سبب تقديم الطلب. |

موافقة الآباء على استخدام مخصصات التأمين الخاص

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| إلى: |  | بخصوص: |  |
|  | *الوالد/الوصي/الطالب البالغ* |  | *اسم الطالب/تاريخ الميلاد* |

نطلب موافقتك على السماح لنا باستخدام مزاياك التأمينية للخدمة (الخدمات) التالية:   
(*حدّد خدمة مثل – موعد الطبيب أو التقييم أو علاج النطق إلخ.*)

|  |
| --- |
|  |

هذا يعني أنك توافق على تقديم مطالبة تأمين للخدمة (الخدمات) المحددة أعلاه. إذا أعطيت موافقتك، فستقوم المنطقة التعليمية بتعويضك عن أي مصروفات قد تتكبدها، بما في ذلك التكاليف المشتركة أو الخصومات. للحصول على استرداد التكاليف، يجب عليك تزويد المنطقة التعليمية بنسخ من أي فواتير طبية غير مشمولة مرتبطة بالخدمة (الخدمات) المحددة أعلاه في غضون 60 يومًا من تاريخ استلام الفاتورة.

قد لا تطلب منك المنطقة التعليمية استخدام التأمين الخاص بك إذا كان ذلك سيقلل من مدة التغطية المتاحة لطفلك أو أي ميزة أخرى؛ وينتج عن ذلك تحملك لتكاليف الخدمات التي قد يحتاجها طفلك في غير الوقت الذي يقضيه في المدرسة، وزيادة الاقساط، أو وقف هذه المزايا أو الخدمات.

إذا رغبت المنطقة التعليمية في استخدام تأمين طفلك للخدمات غير المحددة أعلاه، فيجب أن تحصل هذه المنطقة على موافقتك على أي إجراء جديد.

إذا رفضت تقديم الموافقة، فإن هذا الرفض لا يعفي المنطقة التعليمية من التزامها بتقديم الخدمات المطلوبة لطفلك.

في حالة توقف خدمة طفلك في هذه المنطقة التعليمية، فإن هذه الموافقة لا تنتقل إلى منطقة جديدة. يمكنك إبطال موافقتك في أي وقت.

من خلال إعطاء موافقتك، أنت تقر بأنك (1) قد تم إعلامك بشكل كامل بجميع المعلومات ذات الصلة بهذا النشاط؛ و(2) أنك تفهم أن منح الموافقة يُعد أمرًا طوعيًا من جانبك وقد يتم إبطاله بواسطتك في أي وقت؛ و(3) إذا ألغيت الموافقة، فإن الإلغاء لا يُطبَّق بأثر رجعي؛ مما يعني أنه لا يلغي أي نشاط تم بالفعل.

أمنح موافقتي على استخدام مزايا التأمين الخاصة بي للخدمة (الخدمات) المحددة أعلاه.

لا أوافق على استخدام مزايا التأمين الخاصة بي للخدمة (الخدمات) المحددة أعلاه. أدرك أن رفضي لا يؤثر على تمتع طفلي بأي خدمات يحق له الحصول عليها.

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

[Creative Commons License](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) موافقة الوالدين على استخدام مزايا التأمين الخاص 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 4.0 (Creative Commons Attribution 4.0 International License)](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).