|  |
| --- |
| الغرض: تزود هذه الاستمارة أولياء الأمور بمعلومات حول طلب المنطقة التعليمية للتحقق من أهلية طالب في الحصول على المساعدة الطبية للفقراء، والسعي إلى استرداد WAC 392-172A-07005 الطبية للفقراء وتقديم مطالبات مدرسية مدفوعة التكاليف للتمتع ببرنامج المساعدة الطبية للفقراء؛ و3) في أي وقت تحدد فيه المنطقة التعليمية للمدرسة أنها بحاجة إلى الحصول على موافقة محدثة. يُقدَّم هذا الإخطار إلى الآباء أو الأوصياء والطلاب البالغين. |

إخطار بالكشف عن معلومات الطالب لهيئة الرعاية الصحية وحقوق الوالدين والحماية بولاية واشنطن

تشارك (Insert DISTRICT NAME) في برنامج هيئة الرعاية الصحية بولاية واشنطن (HCA) (State Health Care Authority’)الذي يوفر أموال المساعدة الطبية الفيدرالية للفقراء للمناطق التعليمية من أجل المساعدة في تغطية تكاليف توفير الخدمات الصحية المدرسية الضرورية. وﻣن ﺧﻼل اﻟﻣﺷﺎرﮐﺔ ﻓﻲ ھذا اﻟﺑرﻧﺎﻣﺞ، ﯾﻣﮐن ﻟﻟﻣﻧطﻘﺔ اﻟﺗﻌﻟﯾﻣﯾﺔ اﻟﺳﻌﻲ إلى استرداد تكاليف اﻟﻣﺳﺎﻋدة اﻟطﺑﯾﺔ اﻟﻔﯾدراﻟﯾﺔ للفقراء مقابل ﺗﮐﺎﻟﯾف اﻟﺧدﻣﺎت اﻟﺻﺣﯾﺔ اﻟﺗﻲ ﺗﻘدﻣﮭﺎ اﻟﻣﻧطﻘﺔ اﻟﺗﻌﻟﯾﻣﯾﺔ ﻟﻸطﻔﺎل المستحقين للتمتع ببرنامج المساعدة اﻟطﺑﯾﺔ للفقراء، واﻟذﯾن ﯾﺗﻟﻘون اﻟﺧدﻣﺎت اﻟمحددة ﻓﻲ ﺑراﻣﺟﮭم اﻟﺗﻌﻟﯾﻣﯾﺔ اﻟﻔردﯾة (individualized education programs (IEP)). للحصول على أموال المساعدة الطبية الفيدرالية للفقراء بهدف المساعدة في سداد تكاليف الخدمات المدرسية، يجب أن تقوم المنطقة التعليمية بالإفصاح عن المعلومات الواردة في سجلات طفلك التعليمية إلى هيئة الرعاية الصحية (HCA) للتحقق من استحقاقه للتمتع ببرنامج المساعدة الطبية للفقراء، والسعي إلى استرداد تكاليف تلك الخدمات التي توفرها المنطقة التعليمية.

**إخطار بحقوق والدك وحمايته**

لضمان تمتع طفلك بتعليم عام ملائم، يجب على المنطقة التعليمية ما يلي:

* يجب الحصول على موافقتك الخطية قبل الكشف عن اسم طفلك وتاريخ ميلاده والمعلومات المذكورة في سجله التعليمي فيما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية القابلة للاسترداد إلى هيئة الرعاية الصحية؛
* لا يجوز لها مطالبتك بالاشتراك أو التسجيل في أي مزايا عامة أو برامج تأمينية؛
* لا يجوز لها مطالبتك بدفع أي مصروفات من أموالك الخاصة في صورة خصم أو دفع مشترك مقابل تكاليف الخدمات الصحية التي تقدمها المنطقة التعليمية لطفلك؛ و،
* لا يجوز لها استخدام برنامج المساعدة الطبية للفقراء الخاص بطفلك أو غيره من المزايا العامة الأخرى إذا كان هذا الاستخدام سيؤدي إلى ما يلي:
* تقليل فترة صلاحية التغطية المتاحة أو أي ميزة أخرى خاضعة للتأمين؛
* ينتج عنها دفعك أنت أو عائلتك مقابل الخدمات التي كان سيغطيها بخلاف ذلك برنامج المساعدة الطبية للفقراء أو أي برنامج تأمين عام آخر يكون مطلوبًا لطفلك في غير الوقت الذي يقضيه طفلك في المدرسة؛
* تؤدي إلى زيادة أقساطك التأمينية أو تؤدي إلى وقف أي مزايا عامة أو تأمين؛ أو،
* تسبب لك التعرض لخطر فقدان أهليتك للتنازلات المنزلية والمجتمعية، استنادًا إلى التكاليف الإجمالية المرتبطة بالصحة.

***إن إعطاء موافقتك لا يكلفك شيئًا.*** ولكنه ﺳوف ﯾﺳﻣﺢ ﻟﻟﻣﻧطﻘﺔ اﻟﺗﻌﻟﯾﻣﯾﺔ ﺑﺎﻟﺳﻌﻲ ﻟﻟﺣﺻول ﻋﻟﯽ تكاليف البرنامج الفيدرالي للمساعدة الطبية للفقراء ﻟﺗﻘدﯾم اﻟﺧدﻣﺎت اﻟﻼزﻣﺔ ﻟطﻔﻟك. إذا كنت قد منحت موافقتك بالفعل، أو كنت تعطي المنطقة التعليمية موافقة جديدة على الخدمات، فيمكنك إلغاء موافقتك في أي وقت. ﺳﺗواﺻل الﻣﻧطﻘﺔ التعليمية ﺗﻘدﯾم اﻟﺧدﻣﺎت ﻓﻲ ﺑرﻧﺎﻣﺞ اﻟﺗﻌﻟﯾم اﻟﻔردي ( IEP) ﻟطﻔﻟك دون أن ﺗﺗﺣﻣل أنت أي ﺗﮐﺎﻟﯾف، ﺑﺻﻔﺗك اﻟواﻟد، ﺳواء منحت ﻣواﻓﻘﺗك أم ﻻ.

إذا طلبت المنطقة التعليمية موافقة مسبقة منك، أو إذا طلبت منك تقديم موافقة مبدئية للتحقق من أهليتك لبرنامج المساعدة الطبية للفقراء، وكنت تسعى للحصول على تعويض من البرنامج مقابل الخدمات المدرسية الضرورية، فستجد استمارة موافقة مرفقة بهذا الإخطار.

[Creative Commons License](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) الإخطار السنوي لبرنامج Medicaid المقدم من مكتب [مراقب التعليم العام (Office of Superintendent of Public Instruction)](http://www.k12.wa.us) مرخص بموجب [الرخصة الدولية للمشاع الإبداعي رقم 4.0 (Creative Commons Attribution 4.0 International License)](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).