

استمارة الموافقة على إفشاء معلومات لأجل التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة
تدعم الحصول على الفوائد العامة / التأمين

اسم الطالب:	تاريخ ميلاد الطالب:
الدائرة التعليمية / المدرسة المستقلة (شارتر):	

أخول بموجب هذه الوثيقة مدرسة _____ لإفشاء سجلات ومعلومات هذا الطالب إلى Medicaid لغرض إعداد فواتير التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة التي قد يتم تقديمها إلى هذا الطالب حسب البند ٣٠٠ من قانون اللوائح الفيدرالية ٣٤.

من خلال اختيار "نعم" بوضع علامة جانبها والتوقيع على مستند التفويض هذا، أفهم وأوافق على ما يلي:

- يسمح توقيعي على هذا النموذج للمدرسة و / أو الدائرة التعليمية / المدرسة المستقلة (شارتر) المذكورة أعلاه باستخدام معلومات هذا الطالب و / أو المعلومات المتعلقة بالفوائد العامة أو التأمين من أجل الدفع مقابل الخدمات حسب البند ٣٠٠ من قانون اللوائح الفيدرالية ٣٤، والذي يحدد أطر التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة؛
- توقيعي طوعي ولا يعتمد تقديم الخدمات على تفويض مني؛
- يعتبر توقيعي صالحاً وساري المفعول ما لم يتم إلغاؤه؛
- يمكنني إلغاء موافقتي في أي وقت من خلال الكتابة إلى الوكالة التي باشرت بطلب الموافقة، ويعتبر الإلغاء ساريًا عند الاستلام، ولكن ذلك لن يؤثر على الإجراءات المتخذة قبل استلام هذا الإلغاء؛
- لدي الحق في طلب الحصول على نسخة من السجلات التي تم إعطاؤها لبرنامج Medicaid والحصول عليها من المدرسة أو المدرسة المستقلة.
- لدي الحق في استلام نسخة من هذا النموذج؛
- طلب استخدام هذه الأموال لا يؤثر على حقوق هذا الطالب أو على حقوقك في الحصول على تعليم عام عادل ومناسب، ولا يكلفك أنت أو عائلتك أي أموال. لن يكون هناك أي مسؤولية فردية لدفع جزء من الكلفة، ولن يتم فقدان أهلية Medicaid ولن يكون هناك تأثير على فوائد Medicaid مدى الحياة نتيجة لهذه الموافقة.

باختيار "لا" بوضع علامة جانبها وتوقيع هذا المستند، أنا أرفض استخدام هذه الأموال.

- أفهم أنه يحق لي رفض منح الإذن باستخدام هذه الأموال لدفع تكاليف الخدمات حسب البند ٣٠٠ من قانون اللوائح الفيدرالية ٣٤، والتي هي عبارة عن تعليم خاص وخدمات ذات صلة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة.

نعم، أعطي الإذن للمدرسة لمشاركة معلومات الطالب التعليمية والمعلومات المتعلقة بالصحة مع Medicaid، بما في ذلك معلومات الفوترة.

لا، لا أمنح المدرسة إذنًا لمشاركة معلومات هذا الطالب التعليمية والمعلومات المتعلقة بالصحة مع Medicaid

قام بالتوقيع (اختر واحد فقط): الطالب (إذا كان سنه يبلغ أكثر من ١٨ سنة) الأب الوصي

توقيع الطالب (إذا كان سنه يبلغ أكثر من ١٨ سنة): _____

اسم الطالب كتابة: _____ التاريخ: _____

توقيع الأب أو الوصي (إذا كان الطالب لم يبلغ سن ال ١٨ سنة): _____ التاريخ: _____