## **Phụ Huynh Đồng Ý**

**Tiếp Cận Bảo Hiểm Công Cộng (Medicaid) và**

**Tiết Lộ Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân Cho Mục Đích Thanh Toán Medicaid**

**Cho Các Lứa Tuổi 3 - 21**

Thưa Quý Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

Mục đích của lá thư này là sự cho phép của quý vị, còn được gọi là sự đồng ý, để chia sẻ thông tin về con của quý vị với Cơ Quan Y Tế Oregon (Oregon Health Authority (OHA)), Cơ Quan Trợ Cấp Y Tế Tiểu Bang của Oregon (Medicaid), để tiếp cận khoản bồi hoàn Medicaid cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm cung cấp trong bối cảnh trường học. Các học khu và các chương trình Giáo dục Đặc biệt Sớm cho Ấu Thơ (Early Childhood Special Education (ECSE)) có thể được OHA hoàn trả một phần chi phí cho các dịch vụ y tế được Medicaid bao trả cung cấp cho trẻ khuyết tật có đăng ký Medicaid. Để tiếp cận khoản bồi hoàn Medicaid, khu học chánh của con quý vị hoặc chương trình ECSE cần có sự đồng ý của quý vị để chia sẻ thông tin về con quý vị với OHA. Loại thông tin sau đây về con quý vị có thể cần được chia sẻ với OHA: tên; ngày sinh; loại dịch vụ được cung cấp, (các) ngày cung cấp dịch vụ và bởi ai; hồ sơ chuyên cần, và Mã số Nhận dạng Học sinh Tiểu bang (State Student Identification Number (SSID)).

**Thông Báo của Phụ Huynh**

Các khu học chánh và các chương trình ECSE không thể chia sẻ thông tin về con quý vị mà không có sự cho phép của quý vị. Khi quý vị cân nhắc việc cho phép, vui lòng biết rằng quý vị có các quyền sau:

1. Khu học chánh không thể yêu cầu quý vị đăng ký Chương Trình Y Tế Oregon (Medicaid) để con quý vị nhận được các dịch vụ y tế học đường mà con quý vị có quyền được hưởng.
2. Khu học chánh không thể yêu cầu quý vị thanh toán bất kỳ khoản nào cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe của con quý vị được cung cấp trong môi trường học đường. Điều này có nghĩa là họ không thể yêu cầu quý vị trả khoản đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ để lập hóa đơn cho OHA đối với các dịch vụ được cung cấp.
3. Nếu quý vị cho phép khu học chánh chia sẻ thông tin với OHA để lập hóa đơn cho Medicaid:
	1. Điều này sẽ không ảnh hưởng đến bảo hiểm trọn đời có sẵn của con quý vị hoặc lợi ích Medicaid khác; nó cũng sẽ không hạn chế việc gia đình quý vị sử dụng các phúc lợi Medicaid bên ngoài trường học theo bất kỳ cách nào.
	2. Sự cho phép của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ giáo dục đặc biệt của con quý vị hoặc các quyền của Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (Individualized Education Program (IEP) hoặc Mục 504 dưới bất kỳ hình thức nào, nếu con quý vị đủ điều kiện nhận chúng.
	3. Sự cho phép của quý vị sẽ không dẫn đến bất kỳ thay đổi nào về quyền Medicaid của con quý vị.
	4. Sự cho phép của quý vị sẽ không dẫn đến bất kỳ nguy cơ mất khả năng đủ điều kiện tham gia các chương trình được tài trợ bởi Medicaid hoặc OHA khác.
4. Nếu quý vị đã cho phép, quý vị có quyền thay đổi ý định và rút lại sự cho phép của mình bất cứ lúc nào. Quý vị phải cho khu học chánh biết bằng ***văn bản*** rằng sự cho phép của quý vị bị thu hồi.
5. Nếu quý vị thu hồi sự cho phép của mình hoặc từ chối cho phép khu học chánh chia sẻ hồ sơ và thông tin của con quý vị với OHA nhằm mục đích tìm kiếm khoản bồi hoàn Medicaid cho chi phí dịch vụ y tế trường học được đài thọ, khu học chánh sẽ tiếp tục chịu trách nhiệm cung cấp con quý vị với các dịch vụ y tế, không tính phí nào cho quý vị.

**Sự Đồng Ý của Phụ Huynh**

Tôi đã đọc thông báo và hiểu nó. Bất kỳ câu hỏi nào tôi có đã được trả lời. Tôi cho phép khu học chánh hoặc chương trình ECSE chia sẻ với OHA hồ sơ và thông tin liên quan đến con tôi và các dịch vụ y tế được Medicaid đài thọ, nếu cần. Tôi hiểu rằng điều này sẽ giúp khu học chánh hoặc chương trình ECSE yêu cầu bồi hoàn một phần chi phí cho các dịch vụ được Medicaid đài thọ cung cấp cho con tôi.

Ngày Gửi Văn Bản Thông Báo Đầu Tiên cho Phụ Huynh: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Tên của Con Trẻ | Ngày Sinh | SSID |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hướng dẫn đến Cơ Quan Giáo Dục - Sử Dụng Biểu Mẫu**

**Thẩm Quyền**

Biểu mẫu này nhằm tuân thủ các sửa đổi ngày 14 tháng 2 năm 2013 của Đạo Luật Giáo Dục Người Khuyết Tật (Disabilities Education Act (IDEA)) 2004, các quy định liên quan đến việc phụ huynh đồng ý sử dụng các phúc lợi bảo hiểm công cộng của trẻ và tiết lộ thông tin nhận dạng cá nhân cho cơ quan Medicaid của Tiểu bang mỗi 34 CFR §300.154(d) và Đạo Luật Quyền Riêng Tư và Quyền Giáo Dục Gia Đình (Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA)).

**Mục Đích**

Các khu học chánh và các chương trình ECSE mà đề xuất sử dụng quyền lợi Medicaid của trẻ sẽ sử dụng biểu mẫu này để tuân thủ các yêu cầu thông báo bằng văn bản. Nó thay thế sự đồng ý hiện có để truy cập các biểu mẫu phúc lợi Medicaid trong hồ sơ của trẻ/học sinh. Thông báo này phải được viết bằng ngôn ngữ dễ hiểu đối với công chúng. Cá nhân nhận được biểu mẫu này có quyền nhận thông báo này bằng ngôn ngữ mẹ đẻ của họ hoặc phương thức giao tiếp khác trừ khi rõ ràng là không khả thi để làm như vậy.

Cụ thể, biểu mẫu được sử dụng để ghi lại văn bản đồng ý hoặc từ chối đồng ý của phụ huynh, 1) sử dụng các phúc lợi bảo hiểm công của phụ huynh hoặc con trẻ (Medicaid) và 2) tiết lộ thông tin nhận dạng cá nhân về con trẻ cho cơ quan Medicaid của Tiểu Bang, Cơ Quan Y Tế Oregon (OHA).

**Khi nào mẫu đơn này được sử dụng?**

Mẫu này được sử dụng cho trẻ em từ 3-21 tuổi. Chỉ sử dụng biểu mẫu này sau khi khu học chánh hoặc chương trình ECSE đã cung cấp ***thông báo bằng văn bản*** cho phụ huynh giải thích đề xuất sử dụng các lợi ích công cộng của họ và các quyền mà họ được hưởng.

Sau khi khu học chánh hoặc chương trình ECSE nhận được sự đồng ý một lần này, khu học chánh hoặc chương trình ECSE không bắt buộc phải có sự đồng ý của phụ huynh trước khi họ tiếp cận các lợi ích hoặc bảo hiểm công cộng của trẻ hoặc phụ huynh trong tương lai, bất kể có thay đổi trong loại hoặc số lượng dịch vụ sẽ được cung cấp cho con trẻ hoặc sự thay đổi về chi phí của các dịch vụ được tính cho chương trình bảo hiểm hoặc phúc lợi công cộng (ví dụ: Medicaid).

**Hoàn Tất Biễu Mẫu**

* Nhập thông tin về học khu/chương trình ECSE vào thông tin chương trình để điều chỉnh biểu mẫu cho việc sử dụng tại địa phương
* Nhập ngày mà học khu/chương trình ECSE cung cấp Thông Báo Bằng Văn Bản Ban Đầu
* Nhập thông tin của con trẻ/học sinh:
	+ Tên pháp lý đầy đủ bao gồm tên đệm
	+ Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
	+ Số SSID
* Yêu cầu phụ huynh viết in tên, ký vào tài liệu và nhập ngày ký
* Cung cấp một bản sao cho phụ huynh/người giám hộ và đặt một bản sao vào hồ sơ của học sinh

**LƯU Ý: Học khu nên tham khảo ý kiến ​​của cố vấn pháp lý về bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến các yêu cầu của quy định của tiểu bang hoặc liên bang.**