# الموافقة على مشاركة المعلومات مع Medicaid للحصول على تعويض عن توفير خدمات تنمية المهارات المدرسية

(قواعد USBE رقم VIII.L.7.)

عزيزي ولي الأمر أو الطالب الراشد،

لدى (وكالة التعليم المحلية أو LEA) الفرصة لتلقي تعويض فيدرالي من Medicaid لخدمات تنمية المهارات المدرسية المقدمة لطلاب التعليم الخاص. قبل تقديم طلبات التعويض عن تكاليف هذه الخدمات إلى Medicaid، مطلوب من وكالة التعليم المحلية بموجب اللوائح الفيدرالية الحصول على موافقة كتابية من ولي الأمر أو الطالب الراشد أو الوصي لمشاركة معلومات الطالب.

إذا كان (الطالب) يتلقى حاليًا، أو يمكن أن يتلقى في المستقبل، أي خدمات تنمية مهارات مدرسية و/أو كان مؤهلاً للحصول على مزايا Medicaid، فإن وكالة التعليم المحلية تطلب إذنك لإرسال فواتير إلى تأمين Medicaid لتلقي التعويض. ويتم التعويض مقابل خدمات تنمية المهارات المدرسية المدرجة في برنامج التعليم الفردي للطالب (IEP).

1. يجب أن تفي الخدمات بمتطلبات برنامج Medicaid للولاية وأن يتم تقديمها وفقًا لبرنامج التعليم الفردي للطالب. قد تشمل خدمات تنمية المهارات المدرسية القابلة للتعويض خدمات التقييم والتقدير و/أو الخدمات ذات الصلة، مثل علاج اللغة والتخاطب، و/أو خدمات التكيف البصري والسمعي، و/أو العلاج المهني، و/أو العلاج الطبيعي، و/أو خدمات الرعاية الشخصية، و/أو التمريض، و/أو خدمات الصحة السلوكية.
2. نطلب إذنك لمشاركة الاسم الأول للطالب واسم العائلة وتاريخ الميلاد مع Medicaid. وستتم مشاركة هذه المعلومات مع Medicaid لأغراض الفوترة. ستتشارك وكالة التعليم المحلية ووكالة Medicaid التابعة للولاية المعلومات من خلال نظام نقل ملفات آمن. وعندما تشارك وكالة التعليم المحلية هذه المعلومات، فإنها تكون مزودة بالمعلومات الضرورية لمعالجة طلبات التعويض. ولن تشارك وكالة التعليم المحلية رقم الضمان الاجتماعي للطالب مع Medicaid لأي غرض.
3. لا تؤثر مشاركة وكالة التعليم المحلية في برنامج التعويض هذا بأي شكل من الأشكال على التأمين الصحي أو الخدمات الأخرى التي يغطيها Medicaid والتي يتم توفيرها للطالب خارج المدرسة. لن تؤدي مشاركة وكالة التعليم المحلية في برنامج التعويض هذا إلى تحمل العائلة لأي تكاليف الآن أو في المستقبل. إذا لم تقدم الموافقة، فستظل وكالة التعليم المحلية تقدم نفس الخدمات على النحو المحدد في برنامج التعليم الفردي للطالب، لكن لن تسعى وكالة التعليم المحلية إلى طلب تعويض من Medicaid عن هذه الخدمات.
4. ستبقى هذه الموافقة صالحة طوال فترة حضور الطالب في وكالة التعليم المحلية؛ أو حتى تغيير هذه الموافقة بتوجيه منك؛ أو حتى تتغير خدمات برنامج التعليم الفردي للطالب إلى الحد الذي لا يستوفي فيه الطالب معيار التعويض.

يُرجى تحديد ما إذا كنت تفهم وتوافق على مشاركة وكالة التعليم المحلية لمعلومات الطالب مع Medicaid للحصول على تعويض عن توفير خدمات تنمية المهارات المدرسية وإعادة هذا النموذج في أقرب وقت ممكن. إذا كانت لديك أسئلة حول تعويض Medicaid أو هذه الموافقة، فيرجى الاتصال بوكالة التعليم المحلية على [الهاتف]:

**أتفهم وأوافق** على وصول وكالة التعليم المحلية إلى مخصصات الطالب العامة (مثل، Medicaid) لدفع مقابل التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة.

**لا أتفهم ولا أوافق** على وصول وكالة التعليم المحلية إلى مخصصات الطالب العامة (مثل، Medicaid) لدفع مقابل التعليم الخاص والخدمات ذات الصلة.

**أمنح** وكالة التعليم المحلية الإذن بالكشف عن الاسم الأول للطالب واسم العائلة وتاريخ الميلاد لوكالة Medicaid التابعة للولاية لأغراض الفوترة من أجل التعويض عن تكاليف خدمات تنمية المهارات المدرسية.

**لا أمنح** وكالة التعليم المحلية الإذن بالكشف عن الاسم الأول للطالب واسم العائلة وتاريخ الميلاد لوكالة Medicaid التابعة للولاية لأغراض الفوترة من أجل التعويض عن تكاليف خدمات تنمية المهارات المدرسية.

اسم الطالب بالكامل تاريخ الميلاد

اسم ولي الأمر/ الوصي (بخط واضح) اسم المَدرسة

توقيع ولي الأمر/الوصي/الطالب الراشد التاريخ

هل تم توفير مترجم تحريري/فوري لتمكين ولي الأمر (أولياء الأمور)/الطالب الراشد من فهم هذا النموذج؟

لا، لا حاجة لمترجم تحريري/فوري

نعم توقيع المترجم التحريري/المترجم الفوري التاريخ

☐ لغتك الأم أو وسيلة تواصل أخرى ***ليست***بلغة مكتوبة.

**وعلى هذا الأساس:**

☐ تمت ترجمة النموذج شفهيًا أو بطريقة أخرى بلغتك الأم أو بوسيلة تواصل أخرى في [التاريخ]: عن طريق [الشخص]: **و**

☐ أكدت أنت للمترجم التحريري/الشفوي أنك تفهم محتوى هذا النموذج.