



**BẢO MẬT**

Hệ Trường Công Quận Fairfax  
Chương trình Giáo dục Đặc biệt Cá nhân

Đây là BẢN THẢO cho  
đến khi IEP được ký

## Parent Consent for Billing Medicaid or FAMIS for Covered Services

Tên Học sinh: \_\_\_\_\_ Danh số : \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Ngày Phụ huynh Thỏa thuận IEP: \_\_\_\_\_ Ngày duyệt IEP: \_\_\_\_\_

Nếu con em hiện hoặc sẽ hội đủ điều kiện cho các chương trình trợ cấp y tế Medicaid hoặc Family Access to Medical Insurance Security (FAMIS), và học sinh hưởng các dịch vụ như mô tả trong chương trình giáo dục đặc biệt cá nhân (IEP), chính quyền liên bang có thể giúp khu học chính chi trả các dịch vụ y tế đủ điều kiện. Cần có sự thỏa thuận từ phụ huynh để nhà trường xin bồi hoàn từ quỹ Medicaid hoặc FAMIS. Bảo hiểm sức khỏe của cá nhân gia đình sẽ không tính tiền và phúc lợi Medicaid/FAMIS sẽ không bị ảnh hưởng. Sự thỏa thuận của gia đình là hoàn toàn tự nguyện. Nếu phụ huynh không đồng ý, điều đó sẽ không ảnh hưởng các dịch vụ y tế cho con em.

Biện pháp bảo vệ theo Thủ tục: Tôi hiểu quyền từ khước cho phép Hệ Trường Công Quận Fairfax (FCPS) tiết lộ thông tin về các dịch vụ IEP của con em tôi cho mục đích kiểm bồi hoàn từ Medicaid hay FAMIS. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi chọn không cho phép thì quyết định này sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ mang đến cho con em. Tôi hiểu rằng thỏa thuận của tôi là tự nguyện, và nó có thể được thu hồi bất cứ lúc nào. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu một bản sao của hồ sơ đã được tiết lộ. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc quan tâm, xin hãy liên lạc Quản lý Dự án Medicaid của FCPS tại số 571-423-4065.

Dịch vụ	Ngày nhận Dịch vụ ( từ - đến)	Chu kỳ
Dịch vụ	Ngày nhận Dịch vụ ( từ - đến)	Chu kỳ
Dịch vụ	Ngày nhận Dịch vụ ( từ - đến)	Chu kỳ
Dịch vụ	Ngày nhận Dịch vụ ( từ - đến)	Chu kỳ
Dịch vụ	Ngày nhận Dịch vụ ( từ - đến)	Chu kỳ

**TÔI CHO PHÉP** FCPS tiết lộ thông tin về việc con em tôi hưởng dịch vụ từ các y sĩ, các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe, cơ quan trợ cấp dịch vụ y tế Department of Medical Assistance Services (DMAS), mọi đặc vụ thanh toán của DMAS, và mọi đặc vụ thanh toán của FCPS để thanh toán bồi hoàn cho các dịch vụ đủ điều kiện đối với Medicaid/FAMIS như mô tả trong IEP.

Chữ ký Phụ huynh (hoặc của học sinh trên 18 tuổi) \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

**TÔI KHÔNG CHO PHÉP** FCPS tiết lộ thông tin về việc con em tôi tham gia các dịch vụ để cho FCPS nhận bồi hoàn cho các dịch vụ đủ điều kiện đối với Medicaid/ FAMIS như mô tả trong IEP.

Chữ ký Phụ huynh (hoặc của học sinh trên 18 tuổi) \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

*Dữ kiện về hồ sơ học vấn của học sinh trong Hệ Trường Công Quận Fairfax có thể được tiết lộ với điều kiện là người nhận thông tin đồng ý sẽ không cho ai khác truy cập những thông tin đó mà không có thỏa thuận từ phụ huynh hoặc từ học sinh hội đủ điều kiện.*