

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

أسم الطالب: \_\_\_\_\_ رقم هوية الطالب: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ تاريخ موافقة الوالدين على برنامج IEP: \_\_\_\_\_ تاريخ توقيع برنامج IEP: \_\_\_\_\_

إذا أصبح طفلك الآن أو في وقت لاحق مؤهلاً للحصول على خدمات Medicaid (برنامج المساعدة الطبية) أو برنامج (FAMIS) (حصول الأسرة على خدمات التأمين الطبي المضمون) وهو يحصل على خدمات مشمولة ومدونة في برنامج التعليم المنفرد للطالب (IEP)، فبإمكان الحكومة الفدرالية مساعدة مديرية التربية في الدفع لقاء تقديم هذه الخدمات المشمولة. مطلوب موافقة الوالدين قبل طلب المدرسة الحصول على تعويض من Medicaid أو FAMIS عن المبالغ المدفوعة. لن يتم إرسال الفواتير لشركات التأمين الخاصة كما لن تتأثر المنافع التي تحصل عليها من Medicaid/FAMIS موافقتك طوعية بالكامل في هذا الشأن. إذا لم تعطي موافقتك، فلن يؤثر هذا الأمر على توفير الخدمات لطفلك.

إجراءات الحماية: أنا أفهم حقي في عدم الموافقة على منح الأذن لمدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS) للأفصاح عن المعلومات المتعلقة بخدمات برنامج IEP الخاصة بطفلي لغرض المطالبة بدفع تعويض من خلال Medicaid أو FAMIS. أنا أفهم بأنني لو لم أختار إعطاء موافقتي فلن يؤثر قراري على توفير الخدمات لطفلي. أنا أفهم بأن موافقتي طوعية ويمكن سحبها في أي وقت. كما أفهم بأن لدي الحق في طلب نسخة من السجلات التي تم الإفصاح عنها. إذا كان لديكم أي أسئلة أو استفسارات يرجى الاتصال بمدير برنامج Medicaid في مدارس FCPS على رقم الهاتف 571-423-4065.

الخدمات	تاريخ توفير الخدمات (من والى)	عدد المرات
الخدمات	تاريخ توفير الخدمات (من والى)	عدد المرات
الخدمات	تاريخ توفير الخدمات (من والى)	عدد المرات
الخدمات	تاريخ توفير الخدمات (من والى)	عدد المرات
الخدمات	تاريخ توفير الخدمات (من والى)	عدد المرات

**أنا أعطي موافقتي** لمدارس FCPS بالإفصاح عن المعلومات حول مشاركة طفلي في الخدمات الخاصة بمشاركة الأطباء، مقدمي خدمات الرعاية الصحية الآخرين، قسم خدمات المساعدة الطبية (DMAS)، وكلاء دفع فواتير DMAS، وكلاء دفع فواتير مدارس FCPS من أجل معالجة مطالبات التعويض من Medicaid/FAMIS للخدمات المشمولة الموضحة في برنامج IEP.

التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع والد/والدة الطالب (أو الطالب البالغ 18 سنة أو أكثر) \_\_\_\_\_

**أنا لا أعطي موافقتي** لمدارس FCPS بشأن الإفصاح عن المعلومات حول مشاركة طفلي في الخدمات من أجل استلام مدارس FCPS التعويض عن الخدمات أو التقييمات الموضحة في برنامج IEP التي تغطيها برامج Medicaid/FAMIS.

التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع والد/والدة الطالب (أو الطالب البالغ 18 سنة أو أكثر) \_\_\_\_\_

يتم الإفصاح عن المعلومات المأخوذة من ملف الطالب المدرسي في مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية بشرط أن يوافق الطرف المستفيد على عدم السماح لأي طرف آخر بالحصول على تلك المعلومات دون إستحصل موافقة خطية من الوالدين أو من الطالب المؤهل لإعطاء مثل هذه الموافقة.