



ለሜዲኬይድ የወጣ ወጪ ተመላሽ እንዲሆን የስምምነት መግለጫ

- hታች በሰፈረው ፊርማዬ አማካይነት ስምምነቴን እገልጻለሁ
ከዚህ በታች በፊርማዬ በሚረጋግጠው መሠረት ልጄ ለወደፊት ለሜዲኬይድ ብቁ ቢሆን ስምምነቴን እገልጻለሁ
ለሜዲኬይድ አገልግሎቶች የወጣ ወጪ ተመላሽ እንዲሆን ሂሳብን ላለመጠየቅ እመርጣለሁ

ውድ ወላጅ ወይም አሳዳጊ፣

ዲስትሪክት ኦፍ ኮሎምቢያ የሕዝብ ትምህርት ቤቶች (DCPS) እና የሰቴቱ የትምህርት ጠቅላይ ሥራ አስኪያጅ ጽሕፈት ቤት (OSSE)፣ የተወሰኑ ከጤና ጋር ተዛማጅነት ያላቸው እና ከልጅዎም የትምህርት እቅድ (IEP) ፍላጎቶች ጋር የሚጣጣሙ አገልግሎቶች ለልጅዎ በሚሰጡበት ሰዓት፣ ቀደም ብለው የተ ጠቀሱት ሁለቱ ድርጅቶች የፊደራላዊ የሜዲኬይድ ተመላሽ ተተኪ ገንዘብ ለማግኘት ብቁ ናቸው። እነዚህ አገልግሎቶች ከሚከተሉት ውስጥ አንዱን ሊያካትቱ ይችላሉ።

- ሙያዊ የነርቢንግ አገልግሎቶች
ሥነ ልቦናዊ ግምገማ
የባህሪ ድጋፍ አገልግሎቶች
የመታወቂያ እና የእንቅስቃሴ አገልግሎቶች እና ግምገማ
በበሽታ፣ በሕመም የሚፈጠር የቋንቋ ግምገማ አገልግሎቶች
ሙያ ነክ የፈውስ አገልግሎቶች እና ግምገማ
አካል ነክ የፈውስ አገልግሎቶች እና ግምገማ
የግል ንጽሕና አጠባበቅ
አልሚ ምግብ
ለልዩ ሁኔታ የተመቻቸ መጓጓዣ

ለልጅዎ ለተሰጡ ጤና ነክ አገልግሎቶች፣ ዲሲፒኤስ እና OSSE የጤና አገልግሎት የሜዲኬይድ ተመላሽ ገንዘብ ለማግኘት፣ እያንዳንዱ ድርጅታዊ ወኪል ለጤና ጥበቃ መምሪያ የጤና አገልግሎት ሂሳብ (Department of Health Care Finance (DHCF)) ልጅዎን የሚመለከቱ መረጃዎች የሚገልጽ የገንዘብ ማስመለሻ መጠየቂያ ሠነድ ማቅረብ አለበት። DHCF ም ይህንን የሚቀርብለትን መረጃ ለሌላ ተግባር አገልግሎት እንዲያውሰው የማይጠበቅ ከመሆኑም በተጨማሪ የተሰጠውን ይህን መረጃ በምስጢር መጠበቅ አለበት። የቤተሰብ ትምህርታዊ መብቶች እና የግል ጉዳይ መብት ጥበቃ ደንብ (FERPA) ዲሲፒኤስ እና OSSE ከልጅዎ የትምህርት መረጃዎች ውስጥ የግል ማንነትን የሚያመለክቱ መረጃዎችን ለሌሎች ለማጋራትም ሆነ ይፋ ለማድረግ ከእርስዎ የጽሑፍ ስምምነት ፈቃድ ማግኘት ይኖርባቸዋል። በተጨማሪም፣ እክል ላለባቸው የግል የ 2004 የትምህርት ማሻሻያ ሕገ ደንብ (the Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004 (IDEA)) ዲሲፒኤስ እና OSSE ለልጅዎ የተሰጡ ጤና ነክ አገልግሎቶች ለሜዲኬይድ የጤና አገልግሎት ብቁነት፣ የወጣው ወጪ እንዲከፈላቸው የመጠየቂያ ሠነድ ለማቅረብ፣ ከእርስዎ የስምምነት ድጋፍ ብጽሑፍ ማግኘት ይኖርባቸዋል። ይህንን ቅጽ አጠናቆ በመሙላትና በመፈረም ዲሲፒኤስና OSSE ይህንን ስምምነት አስፈላጊ የሆኑ ሁኔታዎችን እንዲያሟሉ ረድተዋቸዋል ማለት ነው።

በጽሑፍ ጥያቄ በሚቀርብበት ወቅት እርስዎ ወይም ልጅዎ ለ DHCF የተሰጡ መረጃዎች ቅጂ ይደርሳችኋል። ስምምነትዎ በበጎ ፈቃደኝነት ላይ የተመሠረተ ሲሆን፣ በተፈለገ ማናቸውም ጊዜ ስምምነቱ በበጎ ፍቃደኝነት ላይ የተመሠረተ ሲሆን፣ በተፈለገ ማናቸውም ጊዜ ስምምነቱ ሊነሣ ይችላል። ስምምነቱን ካነሡ፣ ይህ ወደኋላ ለነበረው ጊዜ አይሠራም። ይህም ማለት ስምምነቱን ሲያነሡ፣ ስምምነቱን ከማንሳትዎ በፊት መረጃዎችን ሁሉ ለሌሎች ለማካፈል እና ለመስጠት እድርገዎቻቸው የነበሩትን የመረጃዎች የመለዋወጥ ስምምነቱ እንዳለ እንደ ጻፍ ይቆያል ማለት ነው። ለልጅዎ ተደርገው ከነበሩ ጤና ነክ አገልግሎቶች ጋር የተያያዙ የወጪ መተኪያ ክፍያ ሠነድ ጥያቄ ለሜዲኬይድ እንዲቀርብ ስምምነት በሚሰጥበት ጊዜ፣ የክፍያ ተቀናኛሾች ወይም የጋራ ሂሳብ ክፍያ ድርሻ የሚሰጡ ወጪዎች የማይደርሱባቸው ከመሆኑም ባሻገር፣ ያለዎት የእድሜ ልክ የመድን ዋስትናዎ፣ አይቀነሰም፣ እንዲሁም የየወሩ የአባልነት ክፍያዎ መጠን ከፍ አይልም፣ የአገልግሎት ተጠቃሚነት መብትዎም አይቋረጥም። በተጨማሪም፣ ይህንን ስምምነት ለመስጠት እምቢ የሚሉ ከሆነ አሁንም ቢሆን ዲሲፒኤስ እና OSSE ለልጅዎ የሚያስፈልጉ የልዩ ትምህርት እና ከጤንነት ጋር ተዛምዶ ያላቸው አገልግሎቶች ሁሉ እርስዎን አንዳችም ወጪ ሳያስወጣ ሙሉ አገልግሎቶች እንዲሰጡ ይደረጋል።

የወላጅ ስምምነት

ከዚህ በታች በመፈረም፣ የልጄን ስም፣ መሠረታዊ አድራሻ፣ የልደት ዘመኑን፣ ሰባል ሴኩራቲ ቁጥሩን፣ የሜዲኬይድ ቁጥሩን፣ የግል የትምህርት እቅዱን (IEP)፣ እና ለእሱም የሚደረጉ ጤና ነክ አገልግሎት መረጃዎች ሁሉ፣ አገልግሎቶቹ የተሰጡበት ቀናት፣ በየጊዜው ለምን ያህል ጊዜ እንደተሰጡ እና እንዲሁም ልዩ የትምህርት ግምገማ እና ምዘና እንደተደረጉለት የሚገልጹ መረጃዎችን ዲሲፒኤስ እና OSSE ከ DHCF ጋር እንዲጠቀሙበት በገዛ ፍቃድ ተሰማ ምቻለሁ። ከዚህም በተጨማሪ፣ ዲሲፒኤስ፣ ለልጄ የተደረጉ ጤና ነክ አገልግሎቶች እና ተመላሽ ሊሆን የሚገባው የጤና አገልግሎት ወጪ እንዲከፈለው ዲሲፒኤስ ለ DHCF የወጪ መጠየቂያ ሠነዱን በልጄ IEP ላይ በተመለከተው መሠረት እንዲያቀርብ በገዛ ራሴ በጎ ፍቃድ የተደማግሁ ሲሆን፣ OSSE ም በልጄ IEP ላይ ተመልክቶ በተቀመጠው መሠረት ለልጄ ያወጣውን የልዩ የመጓጓዣ አገልግሎት ወጪ እንዲተካለት የወጪ መተኪያ ሠነዱን ለ DHCF እንዲያቀርብ በራሴ ፍቃድ ስምምነት ሰጥቻለሁ። በተጨማሪም፣ ለሰቴቱ እና/ወይም ለፊደራል የሕክምና አገልግሎት ተወካዮች፣ ብቁነትን ለመወሰን እና/ወይም ለሂሳብ ማጣራት/ለሚቀርቡ ጥያቄዎች ምርመራ አገልግሎት(ቶች) ተግባር፣ ከላይ ከፍ ብሎ የተገለጸውን መረጃ ዲሲፒኤስ እና OSSE ይፋ እንዲያደርጉ ሥልጣን ሰጥቻለሁ። ስምምነቴን በጽሑፍ ካላነሳሁ በስተቀር ይህ ስምምነት ፊርማዬን ከአስፈርኩበት አለት አንሥቶ ለ 365 ቀናት ጸንቶ እንደሚቆይ እንዘባለሁ።

የወላጅ ወይም ያሳዳጊ ፊርማ (PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE)

ቀን (DATE)

የተማሪው ስም (STUDENT'S NAME)

የተማሪው መታወቂያ ቁጥር (STUDENT ID)