



## ĐỒNG Ý BỒI HOÀN VỀ Y TẾ

### (CONSENT FOR MEDICAID REIMBURSEMENT)

- Tôi đồng ý qua chữ ký của tôi dưới đây
- Tôi đồng ý qua chữ ký của tôi dưới đây, nếu trong tương lai con tôi hợp lệ để được trợ cấp y tế (Medicaid)
- Tôi từ chối các hóa đơn của dịch vụ bồi hoàn về trợ cấp Y tế (Medicaid)

Thưa Quý vị Phụ huynh hoặc Giám hộ:

Học Đường Công Lập DC (DCPS) và Văn phòng Trưởng Ban Giáo Dục Tiểu Bang (OSSE) hợp lệ được nhận bồi hoàn Y tế (Medicaid) của liên bang đối với một số dịch vụ liên quan về y tế cung cấp cho con em của quý vị, nếu các dịch vụ này đáp ứng yêu cầu y tế (Medicaid), và được cung ứng theo Kế Hoạch Học Tập Cá Nhân của học sinh (IEP). Các dịch vụ này có thể bao gồm như sau:

- Chăm sóc với Trình độ Chuyên môn (Skilled Nursing Services)
- Lượng định về Tâm lý (Psychological Evaluation)
- Giúp đỡ về Hạnh kiểm (Behavioral Support Services)
- Sự Thẩm định và Dịch vụ Khởi động và Định hướng (Orientation and Mobility Services and Assessments)
- Dịch vụ về Bệnh lý Ngôn Ngữ - Ăn nói và sự Thẩm định (Speech-Language Pathology Services and Assessments)
- Các Dịch vụ Trị liệu và Thẩm định Thực hành (Occupational Therapy Services and Assessments)
- Các Dịch vụ về Trị liệu Thân thể và Sự Thẩm định (Physical Therapy Services and Assessments)
- Chăm sóc Cá nhân (Personal Care)
- Dinh dưỡng (Nutrition)
- Chuyên chở Đặc biệt (Specialized Transportation)

Để cho DCPS và OSSE nhận được bồi hoàn y tế (Medicaid) đối với các dịch vụ y tế liên quan về học sinh, mọi cơ sở đều phải nộp cho Ban Tài Chánh Y Tế (DHCF) một văn bản đòi hỏi bồi hoàn, trong đó có các thông tin cá nhân về con em của quý vị. DHCF phải bảo mật những thông tin này, và không được phép sử dụng vào bất cứ mục đích nào khác. Đạo luật Bảo vệ Quyền lợi Giáo Dục Gia Đình và Riêng tư (FERPA) bắt buộc DCPS và OSSE phải có văn bản hỏi trước sự đồng ý của phụ huynh có muốn chia sẻ hay tiết lộ các thông tin nhận diện cá nhân, từ trong hồ sơ học đường của con em quý vị. Ngoài ra, Đạo luật Cải tổ Giáo dục Cá nhân Khuyết tật (IDEA) 2004 đòi hỏi DCPS và OSSE phải có văn bản của phụ huynh đồng ý về các hóa đơn của các dịch vụ hợp lệ, liên hệ về y tế (Medicaid) cung cấp cho các em. Quý vị phụ huynh ký tên và hoàn tất đơn là giúp cho DCPS và OSSE đáp ứng được yêu cầu này, buộc chúng tôi phải có sự đồng ý chấp thuận của phụ huynh.

Dựa vào đơn thỉnh cầu, quý vị hay học sinh có thể nhận được một bản về những thông tin đã chia sẻ với DHCF. Sự đồng ý của quý vị là tự nguyện, và có thể rút lại bất cứ lúc nào. Nếu quý vị rút lại sự đồng ý, thì điều này không có hiệu lực đối với thời gian trước đó, nghĩa là, sự đồng ý của quý vị trước đây vẫn có hiệu lực đối với tất cả những thông tin đã chia sẻ với quý vị trước khi ngưng sự đồng ý. Qua việc cho sự đồng ý về các hóa đơn bảo hiểm y tế (Medicaid) liên quan các dịch vụ sức khỏe cung cấp cho con em của quý vị, quý vị sẽ không phải chịu những chi phí thêm ngoài bảo hiểm chi trả, như là tiền deductible (trả phần nào trước khi bảo hiểm chi trả), hoặc co-pay (trả phụ với bảo hiểm), và quý vị không phải hạ thấp mức của bảo hiểm nhân thọ, gia tăng thêm mức tối ưu bảo hiểm, hoặc chịu các vấn đề do cắt hoặc ngưng bảo hiểm. Ngoài ra, nếu quý vị từ chối cung ứng sự đồng ý này, DCPS và OSSE vẫn bảo đảm cho phụ huynh không phải trả tiền cho các dịch vụ liên quan sức khỏe và giáo dục đặc biệt cung cấp cho con em.

### Sự Đồng Ý của Phụ Huynh

Tôi ký tên dưới đây, tự nguyện đồng ý cho DCPS và OSSE chia sẻ với DHCF tên của con tôi, địa chỉ chính, ngày sanh, số an sinh xã hội, số y tế (Medicaid), IEP, và tất cả các tin tức về những dịch vụ y tế liên quan được cung cấp, ngày và số lần dịch vụ, các đánh giá và thẩm định về giáo dục đặc biệt liên quan đến con của tôi. Ngoài ra, tôi tự nguyện đồng ý cho DCPS nộp đơn đến DHCF, đòi bồi hoàn về những hóa đơn liên quan đến dịch vụ y tế (Medicaid) đã cung cấp cho con tôi, như được xác định qua IEP, và tôi tự nguyện đồng ý cho OSSE nộp đơn cho DHCF, đòi bồi hoàn các hóa đơn y tế (Medicaid) về các dịch vụ di chuyển đặc biệt đã cung cấp cho con tôi theo IEP. Tôi cũng cho phép DCPS và OSSE tiết lộ những thông tin được mô tả trên đây cho các đại diện y tế (Medicaid) của tiểu bang và liên bang, với mục đích xác định sự hợp lệ, và/hoặc hoàn tất việc kiểm tra/xem xét lại các thỉnh cầu. Tôi hiểu rằng, trừ khi tôi rút lại sự đồng ý bằng văn bản, sự đồng ý này sẽ giữ nguyên hiệu lực trong 365 ngày, kể từ ngày tôi ký tên dưới đây.

PHỤ HUYNH GIÁM HỘ KÝ TÊN

NGÀY

TÊN CỦA HỌC SINH

SỐ THẺ HỌC SINH (ID #)