**اسم منطقة المدرسة: <**Insert School District Name**>**

**معلومات الاتصال بالمنطقة التعليمية: <** Insert School District Contact Information**>**

عزيزي الوالد/الوصي:

الغرض من هذه الرسالة هو تذكيرك بأنك منحت الإذن (المعروف أيضًا باسم الموافقة) لمشاركة المعلومات حول طفلك مع برنامج Medicaid التابع لوزارة الصحة في لويزيانا. تمت الموافقة على المدارس في لويزيانا لتلقي تعويض جزئي من Louisiana Medicaid عن تكلفة بعض الخدمات المتعلقة بالصحة التي تقدمها المنطقة لطفلك. من أجل <insert LEA name> لاستعادة بعض الأموال التي تم إنفاقها على الخدمات ، يجب أن تشارك <insert LEA name> الأنواع التالية من المعلومات حول طلاب معينين مع Louisiana Medicaid: name؛ تاريخ الولادة؛ جنس تذكير أو تأنيث؛ نوع الخدمات المقدمة ومتى وبواسطة من ؛ التشخيص (إن وجد) ومعرف Louisiana Medicaid. إذا كان طفلك مؤهلاً لتلقي الخدمات لتلبية احتياجاته / احتياجاتها ، فقد يتم توفير الخدمات من قبل النظام المدرسي و / أو يمكنك اصطحاب طفلك إلى مزود آخر يقبل برنامج Medicaid.

بإذن كتابي من الوالدين لمرة واحدة ، يسعى <أدخل اسم LEA> للحصول على تعويض جزئي للخدمات التي تقدمها لويزيانا ميديكيد بما في ذلك ، من بين أمور أخرى ، اختبار السمع أو فحص العين ؛ العلاج المهني أو الكلام أو العلاج الطبيعي ؛ بعض زيارات ممرضة المدرسة ؛ والخدمات الاستشارية.

احتاجت منطقة المدرسة إلى موافقتك لمشاركة المعلومات حول طفلك مع Louisiana Medicaid. يرجى العلم بما يلي:

1. لا يمكن أن يطلب <insert LEA name> من العائلات التسجيل في Louisiana Medicaid من أجل تلقي الخدمات الصحية و / أو خدمات التعليم الخاصة التي يحق للطالب الحصول عليها.
2. لا يمكن أن يطلب <insert LEA name> من العائلات دفع أي شيء مقابل تكلفة خدمات التعليم الخاصة بصحة الطالب و / أو خدمات التعليم الخاص.
3. يُمنح <insert LEA name> الإذن لمشاركة المعلومات مع وطلب التعويض من Louisiana Medicaid:
	1. لن يؤثر ذلك على تغطية مدى الحياة المتاحة للطلاب أو غير ذلك من برامج المساعدة الطبية في لويزيانا ؛ ولن يحد بأي شكل من الأشكال من استخدام الأسرة لمزايا لويزيانا ميديكيد خارج المدرسة.
	2. لن يؤثر الإذن على خدمات التعليم الخاص للطالب أو حقوق IEP بأي شكل من الأشكال ، إذا كان الطالب مؤهلاً للحصول عليها.
	3. لن يؤدي الإذن إلى أي تغييرات في حقوق الطالب لويزيانا ميديكيد ؛ و
	4. لن يؤدي الإذن إلى أي خطر فقدان الأهلية للبرامج الأخرى الممولة من Medicaid.
4. بمجرد منح الإذن ، يحق للعائلات تغيير رأيهم وسحب الإذن في أي وقت.
5. إذا سحبت إذنك أو رفضت السماح لمنطقة المدرسة بمشاركة سجلات طفلك ومعلوماته مع لويزيانا ميديكيد لغرض طلب التعويض عن تكلفة الخدمات ، فستظل منطقة المدرسة مسؤولة عن تزويد طفلك بالخدمات ، في أي تكلفة عليك.

يرجى الاتصال بالمنطقة مع أي أسئلة.