



Sự Đồng Ý của Phụ Huynh Để Tiếp Cận Bảo Hiểm Công Cộng (Medicaid) và Tiết Lộ Thông Tin Nhận Dạng Cá Nhân Cho Mục Đích Lập Hóa Đơn Cho Medicaid

Kính gửi Quý Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

Mục đích của lá thư này là để xin phép, hay còn gọi là sự đồng ý của quý vị, để chia sẻ thông tin về con quý vị với Cơ Quan Y Tế Oregon (OHA), Cơ Quan Medicaid Tiểu Bang Oregon, để được hoàn tiền Medicaid cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bảo hiểm, được cung cấp trong môi trường trường học. Các học khu có thể nhận được khoản hoàn tiền một phần từ OHA cho chi phí dịch vụ chăm sóc sức khỏe được Medicaid bảo hiểm dành cho trẻ em khuyết tật đã ghi danh Medicaid. Để được hoàn tiền Medicaid, Học Khu Công Lập Portland (PPS) cần có sự đồng ý của quý vị để chia sẻ thông tin về con quý vị với OHA. Những loại thông tin sau đây về con quý vị có thể cần được chia sẻ với OHA: tên; ngày sinh; loại dịch vụ được cung cấp, ngày cung cấp dịch vụ, và người cung cấp dịch vụ; hồ sơ chuyên cần, và Mã Số Học Sinh Tiểu Bang (SSID).

Thông Báo Cho Phụ Huynh

PPS không thể chia sẻ thông tin về con quý vị mà không có sự cho phép của quý vị. Khi quý vị cân nhắc việc cho phép, vui lòng lưu ý rằng quý vị có các quyền sau đây:

1. PPS không thể yêu cầu quý vị đăng ký Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Oregon (Medicaid) để con quý vị được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại trường mà con quý vị có quyền được hưởng.
2. PPS không thể yêu cầu quý vị trả bất kỳ khoản phí nào cho các dịch vụ liên quan đến sức khỏe của con quý vị được cung cấp trong môi trường trường học. Điều này có nghĩa là PPS không thể yêu cầu quý vị trả khoản đồng thanh toán hoặc khấu trừ để gửi hóa đơn cho OHA đối với các dịch vụ được cung cấp.
3. Nếu quý vị cho phép PPS chia sẻ thông tin với OHA để lập hóa đơn cho Medicaid:
 - a. Điều này sẽ không ảnh hưởng đến phạm vi bảo hiểm trọn đời hoặc các quyền lợi Medicaid khác của con quý vị; cũng không hạn chế việc gia đình quý vị sử dụng các quyền lợi Medicaid bên ngoài trường học.
 - b. Sự cho phép của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ giáo dục đặc biệt hoặc Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân Hóa (IEP) hoặc các quyền theo Mục 504 của con quý vị theo bất kỳ cách nào, nếu con quý vị hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ đó.
 - c. Sự cho phép của quý vị sẽ không dẫn đến bất kỳ thay đổi nào về quyền lợi Medicaid của con quý vị.
 - d. Sự cho phép của quý vị sẽ không dẫn đến bất kỳ nguy cơ mất quyền tham gia các chương trình khác do Medicaid hoặc OHA tài trợ.
4. Nếu quý vị cho phép, quý vị có quyền thay đổi quyết định và rút lại sự cho phép bất kỳ lúc nào. Quý vị phải thông báo cho học khu biết **bằng văn bản** rằng sự cho phép của quý vị đã bị rút lại.
5. Nếu quý vị rút lại sự cho phép hoặc từ chối cho phép học khu chia sẻ hồ sơ và thông tin của con quý vị với OHA nhằm mục đích yêu cầu hoàn tiền Medicaid đối với

chi phí các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại trường được bảo hiểm, PPS sẽ tiếp tục chịu trách nhiệm cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho con quý vị miễn phí cho quý vị.

Sự Đồng Ý của Phụ Huynh

Tôi đã đọc và hiểu thông báo này. Bất kỳ thắc mắc nào của tôi đã được giải đáp. Tôi hiểu rằng Sự Đồng Ý của tôi sẽ giúp học khu tìm kiếm khoản hoàn tiền một phần chi phí cho các dịch vụ được Medicaid bảo hiểm, được cung cấp cho con tôi. Tôi chọn một trong những mục sau đây để thể hiện sự đồng ý của tôi:

- ☐ Tôi cho phép Học Khu Công Lập Portland chia sẻ hồ sơ và thông tin liên quan đến con tôi và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được Medicaid bảo hiểm với OHA, khi cần thiết.
- ☐ Tôi không cho phép Học Khu Công Lập Portland chia sẻ hồ sơ và thông tin liên quan đến con tôi và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được Medicaid bảo hiểm với OHA, khi cần thiết.
- ☐ Con tôi không hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Oregon (Medicaid).

Tên Học Sinh	Ngày sinh	SSID

Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____ Ngày: _____

Phụ Huynh/Người Giám Hộ: Vui lòng gửi lại Giấy Đồng Ý đã ký và ghi ngày tháng cho Phòng Hành Chính tại trường của con quý vị.