

نمونہ جاتی اطلاع برائے والدین / سرپرست بہ سلسلہ میڈیکائیڈ (Medicaid) / اے سی ایچ آئی پی (CHIP)

عزیز والدین / سرپرست

صحت بیمہ رکھنے والے بچوں کے بیمار پڑ جانے پر انسدادی طبی نگہداشت ملنے کا زیادہ امکان رہتا ہے۔ اس کے نتیجے میں بیماری کی بناء پر اسکول سے غیر حاضریاں معدودے چند ہوتی ہیں اور اسکول میں آنے والے بچے پڑھنے کے لئے مستعد رہتے ہیں۔ اگر آپ کے بچے صحت بیمہ نہیں رکھتے تو آپ کو شاید یہ جاننے میں دلچسپی ہو کہ بہت سے خاندان جنہیں مفت یا کم قیمت پر خوراک دی جاتی ہے اپنے بچوں کے لئے مفت یا کم قیمت والا بیمہ حاصل کر سکتے ہیں۔ تاہم بہت سے خاندانوں کو انہیں دستیاب صحت بیوں کا علم نہیں ہے۔

اب قانون ہمیں میڈیکائیڈ (Medicaid) اور ریاستی صحت بیمہ پروگرام برائے اطفال کے ساتھ مفت یا کم قیمت پر خوراک حاصل کرنے کے استحقاق سے متعلق آپ کی معلومات میں شرکت کی اجازت دیتا ہے۔ میڈیکائیڈ (Medicaid) اور ریاستی صحت بیمہ پروگرام برائے اطفال ان معلومات کو صرف ایسے بچوں کی نشاندہی کے لئے جو مفت یا کم قیمت صحت بیمہ کے مستحق ہوتے ہوں اور میڈیکائیڈ (Medicaid) یا ریاستی صحت بیمہ پروگرام میں سے کسی ایک میں ان کے اندراج کیلئے استعمال کرتے ہیں۔ انہیں اس کی اجازت نہیں ہے کہ وہ آپ کی مفت یا کم قیمت اسکولی خوراک کی درخواست سے حاصل کردہ معلومات کو کسی دیگر مقصد کے لئے استعمال کریں۔ میڈیکائیڈ (Medicaid) کے ذمہ داران یا ریاستی بیمہ پروگرام برائے اطفال کے ذمہ داران مزید معلومات حاصل کرنے کے لئے آپ سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

آپ کو اس کی ضرورت نہیں ہے کہ آپ ہمیں مفت یا کم قیمت کی خوراک میں درج معلومات میں میڈیکائیڈ (Medicaid) یا ریاستی صحت بیمہ پروگرام برائے اطفال کے ساتھ شریک ہونے کی اجازت دیں۔ اس سے مفت یا کم قیمت پر خوراک حاصل کرنے کے لئے آپ کے بچے کے استحقاق پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔ اگر آپ نہیں چاہتے کہ میڈیکائیڈ (Medicaid) یا ریاستی صحت بیمہ پروگرام برائے اطفال کے ساتھ آپ کی دی ہوئی معلومات میں کوئی شریک ہو تو اس کی اطلاع آپ کو ہمیں دینی چاہئے۔ اگر آپ نہیں چاہتے کہ مفت یا کم قیمت خوراک حاصل کرنے کے لئے آپ کے بچے کے استحقاق سے متعلق معلومات میں میڈیکائیڈ (Medicaid) یا ریاستی صحت بیمہ پروگرام برائے اطفال کے ساتھ کوئی شریک ہو تو ذیل میں دیا گیا فارم بھر کر اپنے بچے کے اسکول کو _____ تک ارسال کر سکتے ہیں۔ اگر مزید معلومات کی ضرورت محسوس ہو تو آپ _____ سے _____ پر رابطہ کر سکتے ہیں۔

□ میں نہیں چاہتا کہ اسکول کے ذمہ داران میرے مفت یا کم قیمت کی اسکولی خوراک کی درخواست سے اخذ کردہ معلومات میڈیکائیڈ (Medicaid) یا ریاستی بیمہ پروگرام برائے اطفال میں شریک ہوں۔

بچے کا نام _____ اسکول _____
بچے کا نام _____ اسکول _____
بچے کا نام _____ اسکول _____

دستخط والدین /

سرپرست

تاریخ

نام بڑے حروف میں _____

پتہ _____