

ตัวอย่างใบแจ้งบิดามารดา/ผู้ปกครองในเรื่องความช่วยเหลือทางการแพทย์ หรือเมดิแคด  
(Medicaid)/โครงการประกันสุขภาพของรัฐสำหรับเด็ก (CHIP)

เรียน บิดาหรือมารดา/ผู้ปกครอง

เด็กที่มีการประกันสุขภาพมีโอกาสมากกว่าที่จะได้รับการดูแลสุขภาพในทางป้องกัน และรับการบำบัดรักษาเมื่อไม่สบาย ทั้งหมดนี้ทำให้เด็กขาดโรงเรียนเนื่องจากการเจ็บไข้ได้ป่วยบ่อยลง และเมื่อไปโรงเรียนก็พร้อมที่จะเรียนหนังสือ ถ้าบุตรหลานของท่านไม่มีการประกันสุขภาพ ท่านคงสนใจที่จะรับทราบว่า มีหลายต่อหลายครอบครัวที่นอกจากจะรับประทานอาหารเช้าที่โรงเรียนฟรีและในราคาต่ำกว่าปกติแล้ว ยังได้รับการประกันสุขภาพโดยไม่เสียเงินหรือในอัตราต่ำสำหรับบุตรหลานด้วย อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายครอบครัวที่ไม่ทราบเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพที่มีให้

กฎหมายในขณะนี้ออนุญาตให้ทางโรงเรียนเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่พึงมีของท่านสำหรับอาหารเช้าและในราคาที่ต่ำกว่าโครงการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ หรือเมดิแคด (Medicaid) และโครงการประกันสุขภาพของรัฐสำหรับเด็ก โครงการเมดิแคด และโครงการประกันสุขภาพของรัฐสำหรับเด็กสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวได้สำหรับการระบุตัวเด็กที่อาจมีสิทธิที่จะได้รับการประกันสุขภาพฟรีหรือในอัตราต่ำเท่านั้น และเพื่อขึ้นทะเบียนชื่อเด็กเหล่านี้ไว้ในโครงการเมดิแคดหรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐสำหรับเด็ก จะนำข้อมูลจากใบคำร้องขออาหารเช้าที่โรงเรียนฟรีหรือในราคาต่ำของท่านไปใช้สำหรับความมุ่งหมายอื่นๆไม่ได้ เจ้าหน้าที่ของโครงการเมดิแคดหรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐสำหรับเด็กอาจติดต่อมายังท่านเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม

ทางโรงเรียนไม่จำเป็นต้องได้รับอนุญาตจากท่านในการที่จะเผยแพร่ข้อมูลจากใบคำร้องขออาหารเช้าที่โรงเรียนฟรีหรือในราคาต่ำของท่านให้กับโครงการเมดิแคดหรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐสำหรับเด็ก การดำเนินการเรื่องนี้จะไม่กระทบกระเทือนสิทธิของ

บุตรหลานของท่านสำหรับอาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาต่ำ ถ้าท่านไม่ต้องการให้เผยแพร่ข้อมูลของท่านแก่โครงการเมดิแคดหรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐสำหรับเด็ก ท่านต้องแจ้งให้ทางโรงเรียนรับทราบ ท่านอาจกรอกแบบฟอร์มข้างล่างนี้ และส่งกลับไปโรงเรียนของบุตรหลานของท่านภายใน \_\_\_\_\_ ถ้าท่านไม่ต้องการให้เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของบุตรหลานของท่านแก่โครงการเมดิแคดหรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐสำหรับเด็ก ถ้าท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านจะโทรศัพท์ถึง \_\_\_\_\_ ได้ที่ \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้เจ้าหน้าที่โรงเรียนเผยแพร่ข้อมูลจากใบคำร้องขออาหารโรงเรียนฟรีหรือในราคาต่ำของข้าพเจ้าให้กับโครงการเมดิแคดหรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐสำหรับเด็ก

ชื่อเด็ก \_\_\_\_\_ โรงเรียน \_\_\_\_\_

ชื่อเด็ก \_\_\_\_\_ โรงเรียน \_\_\_\_\_

ชื่อเด็ก \_\_\_\_\_ โรงเรียน \_\_\_\_\_

ลายเซ็นของ

บิดาหรือมารดา/ผู้ปกครอง \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

พิมพ์ชื่อ \_\_\_\_\_

บ้านเลขที่อยู่ที่ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_