

有關醫療輔助計劃(Medicaid)/SCHIP向父母/監護人發出的一般通知

尊敬的父母/監護人：

有醫療保險的兒童在生病時獲得預防性醫療護理和正常護理的機率更高。其結果是可以減少兒童因病缺課的次數，而且有助於兒童在學校更好地學習。如果您的子女沒有醫療保險，您可能很樂意得知很多獲得免費和減價學校餐飲的家庭也有資格為其子女獲得免費或廉價醫療保險。但是，很多家庭對這些醫療保險計劃缺乏瞭解。

目前，法律允許我們向醫療輔助計劃（Medicaid）和州立兒童醫療保險計劃提供有關您的獲得免費和減價餐飲資格的資訊。醫療輔助計劃(Medicaid)和州立兒童醫療保險計劃只能利用此一資訊瞭解哪些兒童有資格獲得免費或廉價醫療保險，並允許他們加入醫療輔助計劃(Medicaid)或州立兒童醫療保險計劃，而不得將您的免費和減價學校餐飲申請資訊用於任何其他目的。醫療輔助計劃(Medicaid)或州立兒童醫療保險計劃工作人員可能會與您聯絡，瞭解進一步詳情。

沒有任何規定要求您必須同意我們向醫療輔助計劃(Medicaid)或州立兒童醫療保險計劃提供您的子女的免費和減價餐飲申請資訊。這不會影響您的子女享受免費和減價餐飲的資格。如果您不希望我們向醫療輔助計劃(Medicaid)或州立兒童醫療保險計劃提供此一資訊，您必須通知我們。如果您不希望我們向醫療輔助計劃(Medicaid)或州立兒童醫療保險計劃提供您的子女享受免費和減價餐飲資格的資訊，可以填寫以下表格，並在_____之前將表格寄回至您的子女所在學校。如果您需要瞭解進一步詳情，可以電洽_____，電話號碼：_____。

我不希望學校向醫療輔助計劃(Medicaid)或州立兒童醫療保險計劃提供有關我的免費和減價 學校餐飲申請資訊。

子女姓名 _____ 學校 _____
子女姓名 _____ 學校 _____
子女姓名 _____ 學校 _____

父母/監護人簽名 _____ 日期 _____

用正楷字書寫姓名 _____
家庭住址 _____