

Прототип уведомления для родителя/опекуна относительно Medicaid/Программы штата по медицинскому страхованию детей (CHIP)

Уважаемый родитель/опекун!

Дети, обеспеченные медицинским страхованием, когда они болевают, имеют лучшую вероятность получить профилактическое медицинское обслуживание и уход. Это снижает пропуски школы по болезни, и дети приходят в школу готовыми для обучения. Если у Ваших детей нет медицинского страхования, то Вам было бы интересно узнать, что многие семьи, получающие в школе удешевленное или бесплатное питание, могут также получать бесплатное или недорогое медицинское страхование для своих детей. Однако многим семьям не известно о существовании программ медицинского страхования, которыми они могут воспользоваться.

Теперь по закону мы имеем право доводить до Вас информацию о праве на бесплатное и удешевленное питание в рамках Medicaid и Программы штата по медицинскому страхованию детей. Medicaid и Программа штата по медицинскому страхованию детей могут использовать эту информацию только для выявления детей, которые могут иметь право на бесплатное или удешевленное медицинское страхование, и для включения их в Medicaid или в Программу штата по медицинскому страхованию детей. Они не могут использовать информацию из Вашей заявки на бесплатное или удешевленное школьное питание для какой-либо иной цели. Сотрудники Medicaid или Программы штата по медицинскому страхованию детей могут обратиться к Вам за дополнительной информацией.

Вы не обязаны давать нам разрешение на предоставление информации из Вашей заявки на бесплатное или удешевленное школьное питание в Medicaid или Программу штата по медицинскому страхованию детей. Это не отразится на праве Ваших детей на бесплатное или удешевленное питание. Если Вы не желаете, чтобы Ваша информация была предоставлена в Medicaid или Программу штата по медицинскому страхованию детей, то Вы должны сообщить нам об этом. Вам необходимо заполнить нижеприведенный бланк и отправить его обратно в школу Ваших детей к _____ в том случае, если Вы не желаете, чтобы информация о праве Ваших детей на бесплатное или удешевленное питание была предоставлена в Medicaid или Программу штата по медицинскому страхованию детей. Если Вам требуется дальнейшая информация, то Вы можете позвонить _____ по телефону _____.

Я не желаю, чтобы предоставляли информацию из моей заявки на бесплатное или удешевленное школьное питание в Medicaid или Программу штата по медицинскому страхованию детей.

Имя и фамилия ребенка _____ **Школа** _____
Имя и фамилия ребенка _____ **Школа** _____
Имя и фамилия ребенка _____ **Школа** _____

Подпись родителя/опекуна _____ **Дата** _____

Полное имя печатными буквами _____
Адрес _____

