

माता-पिता/गार्जियन हेतु MEDICAID/SCHIP अधिसूचना खत का नमूना

माननीय माता-पिता/गार्जियन

जब बच्चों को स्वास्थ्य बीमा होता है तो बीमार होने पर उनका ठीक देख-भाल होता है, या निरोधक स्वास्थ्य सेवा मिलने की उन्हें अधिक संभावना होती है। परिणाम में वे बीमारी के कारण स्कूल से कम गैरहाज़िर होते हैं और वे स्वस्थ दिमाग से लिखने-पढ़ने के लिए स्कूल आते हैं। अगर आपके बच्चों को स्वास्थ्य बीमा नहीं है, तो शायद आपको यह जानना चाहिये कि जिन परिवारों को मुफ्त या कम दाम पर स्कूल में भोजन मिलता है, उन्हें मुफ्त या कम दाम पर अपने बच्चों के लिए स्वास्थ्य बीमा भी मिल सकता है। लेकिन बहुत परिवारों को इन स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमों के बारे में जानकारी ही नहीं होती है।

अब हम कानूनन आपकी मुफ्त या कम दाम पर भोजन मिलने की योग्यता के बारे में मेडिकेड तथा राजकीय बाल स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमों के साथ सूचना बाँट सकते हैं। Medicaid तथा राजकीय बाल स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम इस सूचना को केवल उन बच्चों की पहचान के लिए प्रयोग कर सकते हैं जिन्हें मुफ्त या कम दाम पर स्वास्थ्य बीमा मिल सकता है, और उन बच्चों को या तो Medicaid या राजकीय बाल स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम में भरती करने के लिए। आपके मुफ्त या कम दाम के भोजन के निवेदन पत्र को वे और किसी लक्ष्य के लिए प्रयोग में नहीं ला सकते। यह संभव है कि कोई Medicaid या राजकीय स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम का अधिकारी अतिरिक्त सूचना पाने के लिए आपसे सम्पर्क करे।

यह ज़रूरी नहीं है कि आप हमें अपने बच्चे की मुफ्त या कम दाम के भोजन की जानकारी Medicaid या राजकीय स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम को देने की इजाज़त दें। अगर आपने हमें ऐसा करने से मना कर दिया तो इससे आपके बच्चे की मुफ्त या कम दाम पर भोजन मिलने की योग्यता प्रभावित नहीं होगी। अगर आप नहीं चाहते कि आपकी सूचना Medicaid या राजकीय बाल स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम को दी जाए, तो आपको हमें इस बारे में सूचित करना पड़ेगा। अगर आप नहीं चाहते कि आपके बच्चे की मुफ्त या कम दाम के भोजन वाली सूचना Medicaid या राजकीय बाल स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम को दी जाए, तो कृपया नीचे दिये गए फार्म को भरने के बाद इसे _____ तक अपने बच्चे के स्कूल में वापस कर दें। यदि आपको इस बारे में अधिक जानकारी चाहिये, तो आप _____ से _____ पर सम्पर्क करें।

मैं नहीं चाहता कि स्कूल के अधिकारी मेरे मुफ्त या कम दाम पर भोजन मिलने के आवेदन पत्र की सूचनाओं को Medicaid या राजकीय बाल स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम के अधिकारियों के साथ बाँटें।

बच्चे का नाम _____ स्कूल _____
बच्चे का नाम _____ स्कूल _____
बच्चे का नाम _____ स्कूल _____

माता-पिता/गार्जियन के हस्ताक्षर _____ तिथि _____

साफ़ अक्षरों में नाम _____

पता _____
