

Thỏa Thuận cho Chia Sẻ Dữ Liệu và Thu Tiền Dịch Vụ Liên Quan Đến Sức Khỏe theo IFSP (Chương Trình Dịch Vụ cho Từng Gia Đình)/IEP (Chương Trình Giáo Dục cho Từng Cá Nhân)

Đoạn 1: Điền vào nếu con của quý vị được giáo dục đặc biệt.

Họ của trẻ: _____ Tên: _____ Chữ lót viết tắt: _____

Ngày sinh của trẻ: _____

Địa chỉ nhà ở của trẻ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____

Mã Bưu chính: _____

Họ tên phụ huynh 1: _____

Có phải quý vị ở cùng địa chỉ với con mình? Có Không Nếu không thì nêu rõ chỗ ở:

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Bưu chính: _____

(Các) số điện thoại: Nhà: _____ Nơi làm việc: _____ Số khác: _____

Họ tên phụ huynh 2: _____

Có phải quý vị ở cùng địa chỉ với con mình? Có Không Nếu không thì nêu rõ chỗ ở:

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Bưu chính: _____

(Các) số điện thoại: Nhà: _____ Nơi làm việc: _____ Số khác: _____

Đoạn 2: Điền vào nếu con của quý vị được hưởng MA (Medical Assistance, hay Trợ Giúp Y Tế) hoặc MinnesotaCare.

Khu Học Chánh _____ sẽ gửi hóa đơn tính tiền dịch vụ liên quan đến sức khỏe (thực hiện cho con của quý vị) tới MA hoặc MinnesotaCare. Dạng loại, mức tiền và số lần sử dụng dịch vụ được ghi trong IFSP/IEP dành cho em đó. Chúng tôi cần quý vị ký tên đồng ý cho chia sẻ dữ liệu với DHS (Minnesota Department of Human Services, hay Ban Dịch Vụ Nhân Sự Minnesota) để thu tiền các dịch vụ này. Thông tin như thể bao gồm họ tên, ngày tháng năm sinh, số hiệu hội viên của trẻ, ngày sử dụng dịch vụ, và mã số dạng loại dịch vụ. Nếu được DHS hoặc DHHS (U.S. Department of Health and Human Services, hay Bộ Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ) kiểm tra thì dữ liệu cần chia sẻ cũng có thể bao gồm IFSP/IEP của trẻ, các báo cáo giám định, hồ sơ sử dụng dịch vụ, số lần đi học và y lệnh.

Tôi hiểu là:

Đây là bản giải trách và cho chia sẻ dữ liệu với DHS và DHHS. Sẽ khởi đầu vào ngày _____ và có hiệu lực suốt thời gian con tôi đủ tiêu chuẩn được hưởng giáo dục đặc biệt.

- Tôi có thể thay đổi hoặc ngưng dứt hiệu lực giải trách bằng văn bản vào bất cứ lúc nào.
- Dạng loại, mức tiền và số lần sử dụng dịch vụ được ghi trong IFSP/IEP của con tôi.
- Nếu tôi muốn thì có thể lấy bản sao mọi dữ liệu đã chia sẻ với DHS hoặc DHHS.
- Tôi có thể lấy một bản sao của bản giải trách này.
- Đôi khi các điều luật bảo vệ dữ liệu riêng tư cũng cho phép tiết lộ dữ liệu ra thêm.

- Nếu tôi không cho biết thông tin hoặc không đồng ý chia sẻ dữ liệu với DHS và DHHS thì dịch vụ theo IFSP/IEP cho con tôi vẫn không thay đổi hay ngưng lại.

Số Hiệu Hội Viên Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Minnesota (Minnesota Health Care Program, hay MHCP):

Chữ ký của tôi cho phép khu học chánh tiết lộ thông tin đến:

- 1) DHS để thu tiền từ MA hay MinnesotaCare, và
- 2) DHS hoặc DHHS, nếu có đợt kiểm tra.

Chữ ký của phụ huynh/người đại diện hợp pháp: _____ Ngày: _____

Đoạn 3: Điền vào nếu con của quý vị cũng có Bảo Hiểm Sức Khỏe Riêng

Đối với trẻ theo IFSP: Đòi hỏi phải có thỏa thuận dưới đây nếu đã gửi giấy đòi tiền bảo hiểm sức khỏe riêng từ đầu và bất cứ khi nào thay đổi IFSP do có tăng (về số lần, thời gian, thời lượng hoặc mức độ) khi cung cấp dịch vụ theo IFSP cho con quý vị. ((34 CFR §303.520(b)(1)(i))

Nếu con của quý vị đang hưởng MA hay MinnesotaCare và bảo hiểm sức khỏe riêng của quý vị không bao trả dịch vụ IFSP/IEP thực hiện cho con quý vị thì khu học chánh sẽ thu tiền từ MA hoặc MinnesotaCare. Muốn xác định xem bảo hiểm của quý vị có bao trả dịch vụ không thì chúng tôi cần biết thông tin bao trả bảo hiểm sức khỏe đó. Khu học chánh sẽ dùng thông tin này để xem hãng bảo hiểm sức khỏe tư có bao trả dịch vụ liên quan đến sức khỏe (thực hiện theo IFSP/IEP cho con của quý vị) hay không.

Tên hãng bảo hiểm sức khỏe tư: _____

Tên người chủ hợp đồng bảo hiểm/hội viên: _____

Số hiệu nhóm hay hợp đồng bảo hiểm: _____

Số ID bảo hiểm của trẻ: _____

Mối quan hệ giữa người chủ hợp đồng bảo hiểm với trẻ: Mẹ Cha Dạng khác

Tôi hiểu là:

- Khu học chánh sẽ dùng thông tin bảo hiểm sức khỏe riêng của tôi để xem bảo hiểm này có bao trả dịch vụ liên quan đến sức khỏe (theo IFSP/IEP) thực hiện cho con tôi hay không.
- Nếu bảo hiểm riêng không bao trả dịch vụ liên quan đến sức khỏe (theo IFSP/IEP) thực hiện cho con tôi thì khu học chánh sẽ thu tiền từ MA hoặc MinnesotaCare. (xem Đoạn 2).
- Đối với trẻ theo IFSP: Con tôi có theo IFSP và tôi nhận được một bản sao hợp đồng hệ thống trả tiền của tiểu bang, bao gồm: (1) Thỏa Thuận Chia Sẻ Thông Tin và Thu Tiền Dịch Vụ Liên Quan Đến Sức Khỏe theo IFSP; và (2) Giấy Thông Báo Thường Niên cho Đệ Tam Nhân Trả Tiền cho Dịch Vụ Liên Quan Đến Sức Khỏe theo IFSP. Tôi sẽ được nhận hợp đồng này mỗi lần đòi hỏi có thỏa thuận của tôi.

Chữ ký của phụ huynh/người đại diện hợp pháp: _____ Ngày: _____

Đoạn 4: Điền vào nếu quý vị không muốn khu học chánh thu tiền dịch vụ liên quan đến sức khỏe (theo IFSP/IEP và thực hiện cho con mình) từ MA, MinnesotaCare hoặc bất cứ hãng bảo hiểm nào khác.

Từ Chối Ký Tên trên Bản Giải Trách hay Thỏa Thuận: Tôi không muốn cho khu học chánh:

- Chia sẻ thông tin với DHS để thu tiền dịch vụ liên quan đến sức khỏe (theo IFSP/IEP) được bao trả.
- Hỏi hãng bảo hiểm sức khỏe riêng của tôi xem dịch vụ liên quan đến sức khỏe theo IFSP/IEP có được bao trả như vậy không, vì nếu dịch vụ không được bao trả thì khu học chánh sẽ thu tiền từ MA hoặc MinnesotaCare.

Tôi hiểu là:

- Khi ký tên dưới đây thì dịch vụ IFSP/IEP cho con mình sẽ không thay đổi hoặc ngưng lại; và
- Tôi có thể lấy một bản của mẫu này.

Chữ ký của phụ huynh/người đại diện hợp pháp: _____ Ngày: _____