Prototip notifikacije roditelju/staratelju za Medicaid/SCHIP

Poštovani roditelju/staratelju,

Deca koja poseduju zdravstveno osiguranje imaju bolje šanse da dobiju preventivnu zdravstvenu uslugu i negu kada su bolesni. Ovo dovodi do ređeg odsustva iz škole zbog bolesti i omogućava deci koja dolaze u školu da budu spremni da uče. Ako vaše dete nema zdravstveno osiguranje, vi ćete biti zainteresovani da znate da mnoge porodice koje primaju besplatne obroke ili obrooke po sniženoj ceni takođe mogu dobiti besplatno osiguranje ili osiguranje po subvencionisanoj ceni za svoju decu. Medjutim, mnoge porodice nisu upoznate sa programima zdravstvenog osiguranja koji su im dostupni.

Zakon nam sada dozvoljava da delimo informacije o vašoj kvailifkovanosti za besplatne obroke ili obroke po sniženim cenama preko Medicaid programa i Državnog programa za zdravstveno osiguranje dece. Medicaid i Državni program za zdravstveno osiguranje dece mogu upotrebiti ovu informaciju samo da identifikuju decu koja mogu biti kvalifikovana za besplatno osiguranje ili osiguranje po subvencionisanoj ceni i mogu se upisati ili u Medicaid ili Državni program za zdravstveno osiguranje dece. Oni ne smeju upotrebiti informaciju iz vaše molbe za besplatne obroke ili obroke po sniženoj ceni za bilo koju drugu svrhu. Službena lica Medicaid-a ili službena lica državnog programa za zdravstveno osiguranje dece vas mogu kontaktirati kako bi dobili dodatne informacije.

Vi nam ne morate dozvoliti da delimo informaciju iz vaše molbe za vaše dete za besplatne ili obroke po sniženoj ceni u okviru Medicaid-a ili Državnog programa za zdravstveno osiguranje dece. To neće uticati na kvalifikovanost vaše dece za besplatne obroke ili obroke po sniženoj ceni. Ako **ne** želite da delite vašu infomaciju sa Medicaid-om ili državnim programom za zdravstveno osiguranje dece, molimo da nas obavestite. Možete popuniti donji formular i poslati ga nazad školi vašeg deteta do _____ ako ne želite da se informacija o kvalifikovanosti vašeg deteta za besplatne obroke ili obroke po sniženoj ceni deli sa Medicaid-om ili Državnim programom za zdravstveno osiguranje dece. Ako želite dalje infomacije, možete nazvati _____na _____.

☐ Ja **ne** želim da službena lica škole dele infomacije sa moje molbe za besplatne obroke ili obroke po sniženoj ceni sa Medicaid-om ili Državnim programom za zdravstveno osiguranje dece.

Ime deteta _____ Škola _____
Ime deteta _____ Škola _____
Ime deteta _____ Škola _____

Potpis
Roditelj/Staratelj _____ Datum _____

Napisati ime štampanim slovima _____
Adresa _____
_____
_____