Mẫu Thông Báo của Cha Mẹ/Người Giám Hộ cho Medicaid/SCHIP

Thân gởi Phụ Huynh,

Trẻ con có bảo hiểm sức khỏe thường được chăm sóc phòng ngừa và chăm sóc khi đau ốm. Việc này đưa đến kết quả là số học sinh vắng mặt vì bệnh hoạn ít hơn và trẻ sẵn sàng đến trường để học hỏi. Nếu trẻ quý vị không có bảo hiểm sức khỏe, quý vị sẽ vui thích khi biết rằng nhiều gia đình được bữa ăn tại trường miễn phí và giảm giá cũng có thể được bảo hiểm sức khỏe miễn phí hoặc giá hạ cho trẻ của mình. Tuy nhiên, nhiều gia đình không am tường về chương trình bảo hiểm sức khỏe có sẵn cho họ.

Bây giờ, luật cho phép chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị về việc hội đủ điều kiện cho bữa ăn miễn phí và giảm giá với Medicaid và chương trình bảo hiểm sức khỏe trẻ con của tiểu bang. Medicaid và chương trình bảo hiểm sức khỏe trẻ con của tiểu bang chỉ có thể sử dụng thông tin để xem trẻ nào có thể hội đủ điều kiện về bảo hiểm sức khỏe miễn phí hoặc giá hạ và để ghi danh trẻ vào Medicaid hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe trẻ con của tiểu bang. Các nơi này không được phép sử dụng thông tin trong đơn xin bữa ăn tại trường miễn phí và giảm giá của quý vị cho bất cứ mục đích nào khác. Giới chức của Medicaid hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe trẻ con của tiểu bang có thể liên lạc với quý vị để lấy thêm thông tin.

Quý vị không bắt buộc cho phép chúng tôi chia sẻ thông tin về đơn xin bữa ăn miễn phí và giảm giá với Medicaid hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe trẻ con của tiểu bang. Việc này không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện có bữa ăn miễn phí và giảm giá của trẻ. Nếu không muốn chia xẻ thông tin với Medicaid hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe trẻ con của tiểu bang, quý vị cần cho chúng tôi biết. Quý vị có thể điền mẫu dưới đây và gởi trả lại trường của trẻ trước ngày _____ nếu không muốn chia xẻ thông tin hội đủ điều kiện về bữa ăn miễn phí và giảm giá với Medicaid hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe trẻ con của tiểu bang. Nếu cần thêm thông tin, quý vị có thể gọi _____, số điện thoại là _____.

☐ **Tôi không muốn** giới chức của trường chia sẽ thông tin trong đơn xin bữa ăn tại trường miễn phí và giảm giá với Medicaid hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe trẻ con của tiểu bang.

Tên trẻ _____ Trường _____
Tên trẻ _____ Trường _____
Tên trẻ _____ Trường _____

Chữ ký của Cha/Mẹ/Người Giám Hộ _____ Ngày _____

Tên bằng chữ in: _____
Địa chỉ: _____
_____
_____