

الموافقة على الاطلاع على المعلومات

تاريخ الميلاد: _____

اسم الطالب: _____

المنطقة التعليمية: _____

من خلال التوقيع على نموذج الكشف عن المعلومات هذا، أنت تصرّح لمدرسة طفلك، بالإضافة إلى قسم TennCare، ومقدمي الرعاية الصحية لطفلك، ومنظمة TennCare للرعاية المدارة التابع لها طفلك، بالكشف لبعضهم البعض عن وثائق تحتوي على سجلات تعليمية خاصة بطفلك. ويجوز الكشف عن السجلات التالية:

1. برنامج التعليم الفردي لطفلك (IEP)، والخطة الصحية الفردية (IHP)، وخطة الخدمة الأسرية الفردية (IFSP)؛
2. السجلات الصحية، بما في ذلك سجلات الصحة السلوكية، ويشمل ذلك المعلومات التي ترد في سجلات طفلك التعليمية؛
3. والتقارير التعليمية، أو السجلات، أو نتائج تقييم التربية الخاصة ذات الصلة الواردة في سجلات طفلك التعليمية

والغرض من السماح بمشاركة هذه السجلات هو أن يتمكن مقدمو خدمات الرعاية الصحية من التواصل مع مدرسة طفلك بخصوص طفلك وتلك الخدمات. كما أن السماح بمشاركة هذه السجلات يسمح أيضًا لمدرسة طفلك بالتحقق مما إذا كان طفلك مسجلاً في برنامج TennCare، بحيث يمكن للمدرسة استرداد تكاليف الخدمات الصحية المدرسية المؤهلة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة.

إذا وقّعت على نموذج الكشف عن المعلومات هذا، فإنك بذلك تمنح موافقتك على الكشف عن السجلات المذكورة أعلاه للهيئة التعليمية المحلية (المنطقة التعليمية)، ووكيلها (أو وكلائها) للفوترة، وطبيب (أطباء) المؤمن عليه، وممثلي TennCare، حسب الحاجة.

ملاحظة: لا يُشترط عليك التوقيع على نموذج الكشف عن المعلومات هذا حتى يحصل طفلك على الخدمات وفقاً لبرنامج التعليم الفردي، أو الخطة الصحية الفردية، أو خطة الخدمة الأسرية الفردية الموضوعية له، وسيستمر تقديم هذه الخدمات لطفلك مجاناً. وإذا وقّعت على نموذج الكشف عن المعلومات هذا، يحق لك سحب موافقتك أو إلغاؤها بعد ذلك في أي وقت بإرسال خطاب إلى مدير التربية الخاصة في النظام المدرسي الذي يتبعه طفلك. وإلغاء موافقتك لا يغيّر من مسؤولية المنطقة التعليمية عن تقديم الخدمات المطلوبة لطفلك مجاناً.

توقيعك على هذا النموذج يشير إلى ما يلي:

✓ لقد حصلت على نسخة من إشعار الاطلاع على المعلومات.

✓ أدرك أن _____ (اسم المنطقة التعليمية) قد تطلّعت على معلومات برامج الإعانة الحكومية أو معلومات التأمين الخاصة بطفلي، لطلب استرداد تكاليف الخدمات المقدمة على النحو الموضح في برنامج التعليم الفردي أو الخطة الصحية الفردية أو خطة الخدمة الأسرية الفردية، وأوافق على ذلك.

✓ أدرك أنه قد يتم الكشف عن السجلات والمعلومات المذكورة أعلاه للأغراض الموضحة في هذا النموذج للأشخاص أو المؤسسات المحددة أعلاه، وأوافق على ذلك.

✓ أفهم أن هذه الموافقة على الكشف عن المعلومات ستظل سارية ما دام طفلي يتلقى خدمات تأهيلية أو حتى أسحب موافقتي.

التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____