

مشاركة المعلومات مع CHIP/Medicaid

عزيزي الوالد/ولي الأمر

إذا كان أبنائك يحصلون على وجبات مدرسية بسعر مخفض، ربما يمكن لهم أيضًا أن يحصلوا على تأمين صحي منخفض التكلفة من خلال ميديكيد (Medicaid) أو برنامج التأمين الصحي لأطفال الولاية (CHIP). الأطفال الذين لديهم تأمين صحي من المرجح أكثر أن يحصلوا على رعاية صحية منتظمة ومن غير المحتمل أن يتغيروا عن المدرسة بسبب المرض.

لأن التأمين الصحي مهم جدًا لصحة الأطفال، يسمح لنا القانون بأن نخبر ميديكيد وCHIP أن أطفالكم مؤهلين للحصول على وجبات غذائية مجانية أو منخفضة السعر، ما لم تطلب منا ألا نفعل ذلك. تستخدم ميديكيد وCHIP المعلومات فقط لتحديد الأطفال الذين ربما يكونوا مستحقين للبرامج الخاصة بهم. ربما يتصل بكم مسئولو البرنامج كي يعرضوا عليكم إلحاق أطفالكم. إن تعبئة نموذج طلب الحصول على وجبات مدرسية مجانية ومنخفضة السعر لا يعني التحاق أطفالكم تلقائيًا بالتأمين الصحي.

إذا كنتم لا تريدون منا أن نشارك معلوماتكم مع ميديكيد وCHIP، قم بتعبئة النموذج أدناه وأرسله.

(إن إرسال هذا النموذج لن يغير من حصول أطفالكم على وجبات مجانية أو منخفضة السعر)

لا! أنا لا أرغب في مشاركة معلوماتي من نموذج طلب الحصول على وجبات مدرسية مجانية أو منخفضة السعر مع ميديكيد أو برنامج التأمين الصحي للأطفال بالولاية

إذا قمت باختيار "لا"، قم بتعبئة النموذج أدناه لضمان أن معلوماتك لن يتم مشاركتها للطفل المذكور/الأطفال المذكورين أدناه:

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____
اسم الطفل: _____ المدرسة: _____
اسم الطفل: _____ المدرسة: _____
اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

توقيع الوالد/ولي الأمر: _____ التاريخ: _____

الاسم بخط واضح: _____

العنوان: _____

للحصول على مزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بـ Sarah Coughlin على الرقم 781-848-4000 تحويلة 7045 أو sarah.coughlin@braintreeschools.org.

قم بإعادة هذا النموذج إلى: Sarah Coughlin, 128 Town Street, Braintree, MA 02184

مشاركة المعلومات مع برامج أخرى

عزيزي الوالد/ولي الأمر:

لتوفير الوقت والجهد، فإن المعلومات التي تعطيها في نموذج طلب الوجبات المدرسية المجانية ومنخفضة السعر ربما يمكن مشاركتها مع برامج أخرى والتي يمكن أن تكون مستحقة لأطفالك.

بالنسبة للبرامج التالية، يجب أن نحصل على تصريح منك لمشاركة معلوماتك

إن إرسال هذا النموذج لن يغير من حصول أطفالكم على وجبات مجانية أو منخفضة السعر

- نعم! أنا أريد من مسؤولي المدرسة مشاركة معلومات من نموذج طلب الوجبات المدرسية المجانية ومنخفضة السعر الخاص بي مع إدارة النقل بالمدارس العامة ببرينتري (تذاكر الباصات)
- نعم! أنا أريد من مسؤولي المدرسة مشاركة معلومات من نموذج طلب الوجبات المدرسية المجانية ومنخفضة السعر الخاص بي مع إدارة الرياضيين بالمدرسة الثانوية ببرينتري
- نعم! أنا أريد من مسؤولي المدرسة مشاركة معلومات من نموذج طلب الوجبات المدرسية المجانية ومنخفضة السعر الخاص بي مع رسوم نشاط المدرسة الثانوية ببرينتري (على سبيل المثال: Theater Guild) و/أو برنامج المدرسة إلى العمل (School to Work)
- نعم! أنا أريد من مسؤولي المدرسة مشاركة معلومات من نموذج طلب الوجبات المدرسية المجانية ومنخفضة السعر الخاص بي مع روضة اليوم الكامل بالمدارس العامة ببرينتري
- نعم! أنا أريد من مسؤولي المدرسة مشاركة معلومات من نموذج طلب الوجبات المدرسية المجانية ومنخفضة السعر الخاص بي مع إدارة الإرشاد لـ SAT والإعفاءات الأخرى من الرسوم بالمدارس العامة ببرينتري
- إذا قمت بوضع علامة على "نعم" أعلاه، قم بتعبئة النموذج أدناه لضمان أن معلوماتك يتم مشاركتها للطفل/الأطفال المذكورين أدناه.

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

اسم الطفل: _____ المدرسة: _____

توقيع الوالد/ولي الأمر: _____ التاريخ: _____

الاسم بخط واضح: _____

العنوان: _____

للحصول على مزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بـ Sarah Coughlin على الرقم 781-848-4000 تحويلة 7045 أو

sarah.coughlin@braintreeschools.org

قم بإعادة هذا النموذج إلى: Sarah Coughlin, 128 Town Street, Braintree, MA 02184

بيان عدم التمييز: يشرح هذا ما يجب القيام به إذا كنت تعتقد أنه تمت معاملتك بطريقة غير عادلة. وفقاً لقانون الحقوق المدنية الإتحادي وتوجيهات وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (يو أس دي أي) (USDA)، يحضر على الـ USDA ووكالاتها ومكاتبها، وموظفيها ومؤسساتها المشاركة في، أو المدير لـ، برامج الـ USDA أن تميز بناء على العرق، لون البشرة، القومية، الجنس، المذهب العقائدي، الإعاقة، العمر، المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الإنتقام بسبب نشاط حقوق مدنية سابق في أي برنامج أو نشاط يداران أو يمولان من قبل الـ USDA.

يتوجب على الأشخاص المعاقين المحتاجين الى وسائل إتصال بديلة لمعلومات البرنامج (مثلاً، لغة بريل، أحرف كبيرة الحجم، التسجيل الصوتي، لغة الاشارات الأمريكية، الخ) ان يتصلوا بالوكالة في (الولاية او المحلية) حيث يقدموا للحصول على المنافع. يمكن للأشخاص الطرش او المعاقين من صعوبة في السمع او المعاقين من اعاقات في الكلام الاتصال بالـ USDA عبر الاتصال بخدمة المرحل الاتحادية على هاتف 877-8339 (800). إضافة الى ذلك، يمكن توفير معلومات البرامج بلغات أخرى.

لغرض رفع شكوى برنامج ضد التمييز، أكمل ملاً [طلب شكوى التمييز من برنامج الـ USDA](#)، المرقم (AD-3027) والذي يمكن تنزيله من الانترنت على الرابط: [How to File a Complaint](#) وفي اي مكتب للـ USDA او بكتابة رسالة معونة الى الـ USDA وزود في الرسالة جميع المعلومات المطلوبة في الطلب. لطلب نسخة من طلب الشكوى، اتصلوا على هاتف 632-9992 (866). قدم طلبك المكتمل او رسالتك الى الـ USDA عبر:

(1) البريد: وزارة الزراعة الأمريكية

مكتب مساعد الوزير للحقوق المدنية

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(2) بالفاكس: على هاتف 690-7442 (202)؛ أو

(3) البريد الإلكتروني:

program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة توفر التكافؤ في الفرص