د لومړني او مینځني تعلیم د میسوري ریاست
د ځانګړي تعلیم دفتر – د لومړۍ مرحلو برنامه

د MO روغتیا نیټ/میډیکیډ کارولو لپاره رضایت

د ماشوم نوم	د زیږون نیټه	د میډیکیډ لمبر	د میډیکیډ د پړل کېدو نېټه	د بشپړیدو نیټه

لارښوونې

د لومړي مرحلو خدماتو لپاره تادیه کولو په موخه د MO HealthNet/ Medicaid ته د شخصي پېژندو وړ معلوماتو ورکولو دمخه د والدین رضایت اړین دی.

مخکې لدې چې د Medicaid کارولو لپاره د رضایت فارم لاسته راشي والدین ته **د تادیاتو د پالیسۍ لومړي مرحلو سیستم** یوه کاپي چمتو شوې ترڅو د لومړي مرحلو خدماتو تادیه کولو کې کومک وکړي او مخکې لدې چې د لومړي مرحلو خدماتو لپاره رضایت لاسته راشي.

د والدین رضایت سره، به Medicaid د لومړي مرحلو لاندې خدماتو لپاره تادیې مرسته وکړي:
د ځوان ماشومانو د ودې ارزونه (DAYC)، د مرستندویه ټیکنالوژي وسیلې، آډیولوژي، مشوره، روغتیا، طب، رنځورپالنه، حرفه ای درملنه، فزیکي درملنه، روان پوهنه، ټولنیز کار، خبرې/د ژبې پتالوژي، او لید.

والدین باید دا فارم لاسلیک او نیټه وربانديې ولیکي او بیا د لومړي مرحلو خدماتو لپاره د تادیې مرستې په موخه د Medicaid کارولو دمخه د خدمت کوردیناتور ته ورکړل شي. د خدمت کوردیناتور د اړیکې معلومات لاندې شتون لري.

رضایت

زه تاییدوم چې ما **د تادیاتو پالیسۍ د لومړي مرحلو سیستم** یوه کاپي لاسته راوړئ. د پالیسي د بیاکتنې وروسته، زه لاندې انتخاب کووم:

☐ زه د Medicaid کارولو سره رضایت لرم

☐ زه د Medicaid کارولو سره رضایت نلرم

☐ زه Medicaid نلرم

د والدین لاسلیک	د والدین د لاسلیک نیټه
د والدین چاپي نوم	

د خدمت کوردیناتور

د خدمت کوردیناتور نوم او آدرس	د خدمت کوردیناتور د تلیفون شمیره
د اداري د استازي لاسلیک	د اداري لخوا د ترلاسه کولو نیټه

د لومړني او مینځني تعلیم ریاست د نژاد، رنګ، مذهب، جنډر، ملي هویت، عمر، یا معیوبیت له مخې خپلو برنامو او فعالیتونو کې تبعیض نه کوي. د ریاست د برنامو او خدماتو، فعالیتونو او اساتیاو موقعیت په اړه پوښتنې چې د معیوب وګړو لخوا د لاسرسي وړ دي د جیفرسن ایالتي دفتر ودانۍ، د عمومي شورا دفتر، کوردیناتور ته راجع کیږي – د مدني حقونو اجابت (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act)، 6ام پوړ، 205 جیفرون سړک، پوست بکس 480، جیفرون ښار، MO 65102-0480؛ د تلیوفن شمیره 573-526-4757 یا TTY 800-735-2966؛ بریښنالیک: civilrights@dese.mo.gov.