



Chuẩn bị cho mọi học sinh phát triển mạnh mẽ
trong một xã hội toàn cầu.

**Khu Học Chánh Trung Học East Side Union Chắp
Thuận Yêu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Thanh Toán
Chấp Thuận Tham Gia Các Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Học Đường**

Cơ Sở Trường Học: _____

Tên Học Sinh: _____

Chấp Thuận Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Học Đường

Nhà trường kính đề nghị Quý Phụ Huynh chấp thuận cho con em quý vị được nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe học đường, được thiết kế nhằm hỗ trợ sức khỏe về mặt cảm xúc, xã hội và tinh thần cho các em khi cần thiết. Các dịch vụ này có thể bao gồm: các buổi gặp gỡ trao đổi, tư vấn không cần hẹn trước tại trung tâm chăm sóc sức khỏe, thực hành các công cụ kiểm soát stress, tìm hiểu các hoạt động chánh niệm, hoặc tham khảo các nguồn lực hỗ trợ mục tiêu học tập – tất cả đều được hướng dẫn bởi các chuyên gia đã qua đào tạo đầy đủ. *Nếu con quý vị tham gia vào những dịch vụ như vậy, nhà trường có thể gửi thông báo cho quý vị.* Các chương trình này cung cấp môi trường hỗ trợ nhằm thúc đẩy sự phát triển cá nhân và giải quyết những thách thức mà con em quý vị có thể gặp phải. Xin lưu ý rằng sự chấp thuận của quý vị hoàn toàn là tự nguyện, và quý vị có thể thu hồi chấp thuận đó bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo cho nhà trường bằng văn bản. Để xác nhận quý vị đã hiểu rõ và chấp thuận, vui lòng đánh dấu vào ô bên dưới.

☐ Tôi đã xem xét thư này và chấp nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe học đường.

Giấy Chấp Thuận Yêu Cầu Bảo Hiểm Y Tế Thanh Toán

Theo Sáng Kiến Sức Khỏe Hành Vi Trẻ Em và Thanh Thiếu Niên (Children and Youth Behavioral Health Initiative, CYBHI), hiện nay các trường học có thể yêu cầu các chương trình bảo hiểm sức khỏe thương mại hoàn trả chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe học đường. Những dịch vụ này không hề ảnh hưởng đến các phúc lợi hiện hữu của quý vị cũng như không có bất kỳ khoản đồng thanh toán nào.

Việc thanh toán qua bảo hiểm của quý vị cho phép chúng tôi duy trì và mở rộng các dịch vụ thiết yếu này mà gia đình không phải trả thêm bất kỳ chi phí nào. Xin hãy yên tâm rằng thông tin cá nhân của quý vị sẽ được xử lý bảo mật và việc chấp thuận này là tự nguyện. Quý vị có thể thu hồi sự chấp thuận của mình bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo cho nhà trường bằng văn bản. Con quý vị sẽ được sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe học đường bất kể quý vị có chấp thuận cho chúng tôi lập hóa đơn hay không. Để xác nhận quý vị đã hiểu rõ và chấp thuận, vui lòng đánh dấu vào ô bên dưới. Xin cảm ơn sự ủng hộ của quý vị khi chúng tôi tham gia CYBHI để mở rộng khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tất cả học sinh.

☐ Tôi đã xem xét tin nhắn này và đồng ý cho học khu của tôi thanh toán bảo hiểm của tôi. Tôi hiểu rằng việc này không ảnh hưởng đến bất kỳ quyền lợi hiện có nào và không có bất kỳ khoản đồng thanh toán nào.



Chuẩn bị cho mọi học sinh phát triển mạnh mẽ
trong một xã hội toàn cầu.

Quý vị **KHÔNG PHẢI TRẢ PHÍ** cho việc lập hóa đơn thanh toán này.

Bằng việc chấp thuận, quý vị thừa nhận rằng:

1. Quý vị đã được thông báo đầy đủ về ý định của học khu trong việc xác định khả năng hội đủ điều kiện và lập hóa đơn cho bảo hiểm chi trả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện (hoàn toàn miễn phí cho quý vị).
2. Quý vị hiểu rằng việc đưa ra chấp thuận này hoàn toàn tự nguyện và có thể được thu hồi bất cứ lúc nào.
3. Nếu quý vị thu hồi chấp thuận, việc thu hồi đó sẽ không có hiệu lực hồi tố, có nghĩa là nó không làm vô hiệu bất cứ hoạt động nào đã diễn ra trước đó.

Chữ ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ

Ngày

Tên Học Sinh (viết hoa)

Ngày sinh

I. Bảo hiểm chính

Tên nhà cung cấp bảo hiểm: _____

Số chính sách (Policy): _____ Số nhóm (Group): _____

Số điện thoại: _____

Tên người đăng ký: _____

Ngày sinh của người đăng ký: _____ Mối quan hệ với sinh viên: _____

II. Bảo hiểm thứ cấp

Tên nhà cung cấp bảo hiểm: _____

Số chính sách (Policy): _____ Số nhóm (Group): _____

Số điện thoại: _____

Tên người đăng ký: _____

Ngày sinh của người đăng ký: _____ Mối quan hệ với sinh viên: _____