



ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများဌာန

# CHIRP သို့သတင်းအချက်အလက်ထုတ်ပြန်ရန် သဘောတူညီချက်

(ကလေးများနှင့် အင်ဒီယာနားပြည်နယ်မှလာသူများ ကာကွယ်ဆေးတိုက်ကျွေးထိုးနှံခြင်း မှတ်ပုံတင်အစီအစဉ်)

Indiana State Department of Health(အင်ဒီယာနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန)မှ ခရိုင်ကျောင်းများ ကာကွယ်ဆေးတိုက်ကျွေး ထိုးနှံခြင်းနှုန်းထားများ အစီရင်ခံစာကို တစ်ဦးချင်းစီ၏ ကာကွယ်ဆေးတိုက်ကျွေး ထိုးနှံခြင်းဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်များကို မျှဝေခြင်းအားဖြင့် မေတ္တာရပ်ခံလျက် ရှိပါသည်။ သင့်ကလေး၏ သတင်းအချက်အလက်များကိုမျှဝေရန် သင်၏သဘောတူညီချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့လိုအပ်ပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ ဤသဘောတူညီချက်ပုံစံကိုဖြည့်ပြီးလျှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်သော အခြားပစ္စည်းများနှင့်အတူ သင်၏ ကျောင်းသို့ပြန်လည်ပေးပို့ပါ။

အင်ဒီယာနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန၏ CHIRP သို့ ကျွန်ုပ်၏ကလေးနှင့်ပတ်သက်သော အောက်ပါသတင်းအချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်နိုင်ရန် Fort Wayne (ဖော့တ်ဝိန်း)လူထုကျောင်းများအား ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပါသည်။- ကလေး၏အမည်၊ မွေးနေ့၊ ကာကွယ်ဆေးတိုက်ကျွေးထိုးနှံခြင်းများ၊ မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၏အမည်နှင့် အခြားသက်ဆိုင်သော ကိုယ်စားပြုသည့် သတင်းအချက်အလက်များ

မှတ်ပုံတင်စာရင်းပါ သတင်းအချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် သင့်တော်သော ကာကွယ်ဆေးတိုက်ကျွေး ထိုးနှံမှုကို ရရှိပြီးကြောင်းနှင့် ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ကလေးကို ကလေး၏ကာကွယ်ဆေးတိုက်ကျွေး ထိုးနှံမှုအခြေအနေအား အသိပေးခြင်း သို့မဟုတ် ကာကွယ်ဆေးတိုက်ကျွေးထိုးနှံခြင်းအစီအစဉ်အရ ဆေးတိုက်ကျွေးထိုးနှံရန် အချိန်စေ့ရောက်ပြီးဖြစ်ကြောင်း သတင်းပေးရန်ဖြစ်သည်ဟု ကျွန်ုပ်သဘောပေါက်နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်ကလေး၏ သတင်းအချက်အလက်တို့ကို အခြားသောပြည်နယ်၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူတစ်ဦး၊ ဒေသဆိုင်ရာကျန်းမာရေးဌာန၊ ပုဂ္ဂလိကအနေဖြင့် တက်ရောက်သင်ကြားနေသော အခြေခံကျောင်းတစ်ကျောင်း သို့မဟုတ် အထက်တန်းကျောင်းတစ်ကျောင်း၊ ကလေးသူငယ်ပြုစောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာတို့နှင့် Medicaid မူဝါဒနှင့်စီမံကိန်းရုံးခန်း သို့မဟုတ် Medicaid မူဝါဒနှင့် စီမံကိန်း ရုံးခန်း ကန်ထရိုက်တာ၏ ကာကွယ်ဆေးတိုက်ကျွေးထိုးနှံခြင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်မှတ်ပုံတင်ဌာနတို့တွင် အသုံးပြုလိမ့်မည်ဟု သဘောပေါက်နားလည်ပါသည်။ I.C. 16-38-5-3 ပြင်ဆင်ချက်အရ အခြားသောမျက်မြင်ထင်ရှား ဖြစ်တည်နေသောအရာများသည်လည်း ဤစာရင်းတွင် ထည့်သွင်းကောင်း ထည့်သွင်းနိုင်မည်ဖြစ်ကြောင်းလည်း ကျွန်ုပ်သဘောပေါက်နားလည်ပါသည်။ အဆိုပါသတင်းအချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်ရန် ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည်။

မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ်

နေ့စွဲ

ကလေး၏ ပထမအမည်၊ အလယ်နှင့် နောက်ဆုံးအမည် (ပုံနှိပ်စာလုံး)

မွေးနေ့