

Medicaid 医疗补助福利支付的通知和同意书

学生姓名: _____ LEA: _____

学年: _____ (一次性) 同意日期: _____

通知日期: _____ [] 拒绝同意

残疾人教育 (IDEA) 关于使用公共福利 (如 Medicaid 医疗补助) 的规定要求学校在使用儿童的 Medicaid 医疗补助福利之前提供书面通知并获得父母同意, 并在此后每年通知家长。IDEA 和“家庭教育权和隐私法” (FERPA) 还要求学校获得家长同意后, 才能将儿童教育记录中的信息提供给 Medicaid 医疗补助计划或另一个公共健康保险机构等外部机构。

“同意”是指以他或她的母语或其他交流方式全面完整地通知家长所有相关信息; 家长理解并以书面形式同意; 该同意书描述了学校系统试图做哪些事情, 并列出了将会发布的记录以及向谁发布; 并且家长理解给予同意是自愿的, 而且他或她可以随时改变主意。家长必须提前得到关于学校试图使用儿童的公共福利来支付特殊教育服务的通知, 并有机会防止任何相关信息从儿童的教育记录中泄露。

在使用儿童的 Medicaid 医疗补助福利之前, 学校系统必须确保使用该福利将不会:

- 减少可用的终生保险或任何其它保险福利。
- 导致家庭需支付儿童在学校以外需要的服务, 而这些服务本来包括在公共福利之中。
- 提高保费或导致福利终止。
- 带来失去基于与健康有关的总支出的家庭和社区豁免资格的风险。

学校官员必须每年通知家长学校利用 Medicaid 医疗补助福利的利益以及上述限制; 从父母 (和其它相关来源) 获取学校系统使用 Medicaid 医疗补助福利所需的信息; 征求家长的任何关注; 并给予家长切实的机会来表达任何对该过程的相关关注。

学校官员不得要求家长注册 Medicaid 医疗补助福利, 来作为他们的孩子获得 IDEA 规定的服务的条件。也不得要求已经注册 Medicaid 医疗补助福利的孩子的家长承担任何自付费用, 例如免赔额或共付费。

我授权当地教育机构 (LEA) 向阿拉巴马州 Medicaid 医疗补助福利机构及其承包商 (“Medicaid”) 披露该学生的个人身份信息, 以确定学生的 Medicaid 医疗补助福利状态。如果学生被确定为符合 Medicaid 医疗补助福利计划资格, 我授权 LEA 为学生的个人化教育计划 (IEP) 中提供给学生的符合 Medicaid 医疗补助范围内的医疗服务向 Medicaid 医疗补助福利收取费用。我理解如果我要求的话, 我可以收到因为此授权而披露的学生的教育记录的副本。我理解这一同意意向是一次性的, 以后我将每年收到通知。我也清楚如果我拒绝允许使用 Medicaid 医疗补助福利, 并不会免除学校系统确保为我免费提供所有需要的 IEP 服务的责任。

家长/监护人签字

与学生的关系

日期