

メディケイド・ベネフィットからの支払いに関する通知と同意書

生徒名: _____ LEA: _____

学校年度: _____ (一回) 同意日付: _____

通知日付: _____ [] 同意拒否

メディケイドなどの公共のベネフィットを使用することに関する *個別障害者教育法*(IDEA) の下での規則は、子供のメディケイド・ベネフィットにアクセスする前に一回、学校が親に書面による通知を提供して同意書を取得し、その後は年に一回親に通知することを要求しています。IDEA および *家族教育権とプライバシー法* (FERPA) もまた、子供の教育記録をメディケイドまたはその他の公共健康保険エージェンシーなどの外部に開示する前に、学校が親からの同意書を得ることを要求しています。

「同意書」とは親が全ての該当する情報を母国語で、あるいは別な意思伝達手段で完全に知らされることを意味します。親が理解し、書面で同意します。同意書は学校システムが実行することおよび、記録がリリースされる人のリストを説明します。そして親は、同意書の提出は自発的なものであり、いつでも気持ちを変えられることを理解します。親たちは、学校が子供の特別教育サービスのための支払いに公共ベネフィットを使用する前に事前通知を受け取り、子供の教育記録の情報に関連した何らかの開示を防ぐ機会を持つことが必要です。

子供のメディケイド・ベネフィットにアクセスする前に、学校システムは子供のメディケイド・ベネフィットの使用が下記に至らないことを確実にすべきです:

- ・ 利用可能な生涯保険やその他の保険ベネフィットの減少。
- ・ 公共ベネフィットでカバーされるべき子供の学校外に必要なサービスを、家族が支払うことになる。
- ・ 保険料の増加またはベネフィットの中止につながる。
- ・ 健康関連の総支出に基づいた家庭およびコミュニティーベースの免除適格性を失うリスクがある。

学校当局は親に学校によるメディケイド・ベネフィットの使用、および上記の制約リストについて毎年通知する必要があります。学校システムがメディケイド・ベネフィットを使用するために必要な情報を親(およびその他の関連情報源)から求めます。親の懸念を収集します。プロセスに関するすべての懸念を表現する意義ある機会を提供します。

学校当局は親に対し、IDEA の下で子供がサービスを受けるために、メディケイド・ベネフィットに申し込むことを要求しません。また、メディケイドに登録している子供の親にディダクティブルまたは患者負担などの何らかの自費を発生することもありません。

私は、この生徒のメディケイド状況を決定するための目的で、地方教育局 (LEA) がこの生徒の個人識別可能な情報をアラバマ州メディケイド局とその契約者(「メディケイド」)に開示することを認可します。この生徒がメディケイドでカバーすべきであると決定される場合、個人別教育プログラム (IEP) でこの生徒に提供されているメディケイドでカバーされる保険サービスに対し LEA がメディケイドに請求することを、私は認可します。要求により、この認可により開示されるこの生徒の教育記録のコピーを受け取れることを、私は理解しています。この同意書は 回のみ必要で、毎年通知を受け取ることを理解しています。私はまた、メディケイド・ベネフィットへのアクセスを拒否することは、必要な全ての IEP サービスを無料で私に提供する学校システムの責任を解放するものではないことを理解しています。

親／保護者の署名

生徒との関係

日付