

特殊教育医疗补助倡议 (SEMI) 家長同意书

_____ 学区

我們的学区参与了允許學区向医疗补助报销学生付服务费用之特別教育医疗补助倡议 (SEMI)。

根据家庭教育权利和隐私法案 34 CFR § 99.30 和 IDEA 第 617 项 B 部分，在 34 CFR § 300.622 “同意之要求” 部分的规定，在享用公共福利之前，需要一次性同意方可获取。

此项同意即构成以下认可：为了学区接受医疗报销的目的，貴子女的个人身份识别信息，例如学生的记录或提供给貴子女的有关服务，包括各项评估和服务，如例定在本人子女的个别化教育计划 (IEP) 裏的各项服务 (职业治疗，物理治疗，言语治疗，心理辅导，听力学，护理和专门运输) 都有可能被披露给医疗补助和财政部。

作为以下学生的家长/监护人，本人允许如上所述地披露信息。本人理解并同意，医疗补助被许可使用本人子女的或我本人的公共福利或保险来支付第 300 条所列各项特殊教育或相关服务 (即 IDEA 法案中的各项服务)。

学生姓名：_____

学生出生日期：_____/_____/_____

家长签名：_____ 日期：_____/_____/_____