

**Уведомление родителей из Массачусетса о единовременном согласии на
разрешение школьного округа
Чтобы получить доступ к льготам MassHealth (Medicaid)**

Название и код школьного округа: Barnstable Public Schools Код 0200

Контактная информация школы/района: Эрик Бруинуге - директор по специальному образованию, 230 South Street, Hyannis MA 02601

Уважаемый родитель/опекун:

Цель этого письма - получить ваше разрешение (также известное как согласие) на передачу информации о вашем ребенке в MassHealth. Местные общины в штате Массачусетс получили разрешение на частичное возмещение от MassHealth расходов на определенные медицинские услуги, предоставляемые школьным округом вашему ребенку (или детям). Чтобы ваш район мог вернуть часть денег, потраченных на услуги, школьный округ должен передать в MassHealth следующие виды информации о вашем ребенке: имя, дату рождения, пол, тип предоставленных услуг, когда и кем, а также идентификатор MassHealth.

С вашего разрешения школьный округ сможет добиваться частичного возмещения услуг, предоставляемых MassHealth, включая, в частности, проверку слуха или проверку зрения; школьный медосмотр; трудовую, речевую или физическую терапию; некоторые посещения школьной медсестры; и консультации школьного социального работника или психолога. Каждый год округ будет уведомлять вас о вашем разрешении; вам не нужно подписывать форму каждый год.

Школьный округ не может передавать в MassHealth информацию о вашем ребенке без вашего разрешения. При рассмотрении вопроса о предоставлении разрешения, пожалуйста, обратите внимание на следующее:

1. Школьный округ не может требовать от вас подписаться на MassHealth, чтобы ваш ребенок мог получать медицинские и/или специальные образовательные услуги, на которые он имеет право.
2. Школьный округ не может требовать от вас оплатить что-либо в счет стоимости медицинских и/или специальных образовательных услуг вашего ребенка. Это означает, что школьный округ не может требовать от вас внесения сооплаты или вычета, чтобы взимать плату за услуги по программе MassHealth. Школьный округ может согласиться оплатить соплатеж или вычет, если ожидаются такие расходы.
3. Если вы дадите школьному округу разрешение передавать информацию и требовать возмещения от MassHealth:
 - a. Это не повлияет на доступную пожизненную страховку вашего ребенка или другие льготы MassHealth; это также никоим образом не ограничит использование льгот MassHealth вашей семьей за пределами школы.
 - b. Ваше разрешение никак не повлияет на получение вашим ребенком специальных образовательных услуг или прав на IEP, если ваш ребенок имеет право на их получение.
 - c. Ваше разрешение не приведет к каким-либо изменениям в правах вашего ребенка на MassHealth; и
 - d. Ваше разрешение не повлечет за собой риск потери права на участие в других программах Medicaid или MassHealth.
4. Если вы даете разрешение, вы имеете право в любой момент передумать и отозвать свое разрешение.
5. Если вы отзовете свое разрешение или откажетесь разрешить школьному округу передавать записи и информацию о вашем ребенке в MassHealth с целью получения возмещения стоимости услуг, школьный округ будет продолжать нести ответственность за предоставление вашему ребенку услуг безвозмездно.

Я прочитал уведомление и понял его. На все возникшие у меня вопросы я получил ответы. Я разрешаю школьному округу передавать в MassHealth записи и информацию, касающиеся моего ребенка (детей) и его медицинских услуг, по мере необходимости. Я понимаю, что это поможет нашему округу добиться частичного возмещения расходов на услуги, покрываемые программой MassHealth.

Подпись родителя/опекуна _____ Дата: _____

Имя ребенка:	Дата рождения:	SASID # (для добавления округом):
Имя ребенка:	Дата рождения:	SASID # (для добавления округом):
Имя ребенка:	Дата рождения:	SASID # (для добавления округом):

Add more children

Обязательная форма 28M/13 от DESE штата Массачусетс

Пересмотрено в июне 2018 г.