

**Повідомлення для батьків у штаті Массачусетс про одноразову згоду на дозвіл
шкільного округу
Щоб отримати доступ до пільг MassHealth (Medicaid)**

Назва та код шкільного округу: Державні школи Барнстейбла Код 0200

Контакти школи/округу: Ерік Бруйноог - директор спеціальної освіти, 230 South Street, Hyannis MA 02601

Шановні батьки/опікуни:

Мета цього листа - попросити вашого дозволу (також відомого як згода) на передачу інформації про вашу дитину до MassHealth. Місцеві громади штату Массачусетс мають право на часткове відшкодування від MassHealth витрат на певні медичні послуги, що надаються округом вашій дитині (або дітям). Для того, щоб ваша громада могла повернути частину коштів, витрачених на послуги, шкільний округ повинен надати MassHealth наступну інформацію про вашу дитину: ім'я, дату народження, стать, тип наданих послуг, коли і ким, а також ідентифікаційний номер MassHealth ID.

З вашого дозволу шкільний округ зможе отримати часткову компенсацію за послуги, надані MassHealth, включаючи, серед іншого, перевірку слуху або огляд очей; шкільний медогляд; трудо-, лого- або фізичну терапію; деякі візити шкільної медсестри; консультації шкільного соціального працівника або психолога. Щороку округ надаватиме вам повідомлення про ваш дозвіл; вам не потрібно щороку підписувати форму.

Шкільний округ не може передавати MassHealth інформацію про вашу дитину без вашого дозволу. Перед тим, як надати дозвіл, будь ласка, зверніть увагу на наступне:

1. Шкільний округ не може вимагати від вас підписатися на MassHealth, щоб ваша дитина могла отримувати медичні та/або спеціальні освітні послуги, на які вона має право.
2. Шкільний округ не може вимагати від вас сплачувати вартість медичних та/або спеціальних освітніх послуг вашої дитини. Це означає, що шкільний округ не може вимагати від вас доплати або франшизи, щоб він міг виставити рахунок MassHealth за надані послуги. Шкільний округ може погодитися сплатити доплату або франшизу, якщо очікуються такі витрати.
3. Якщо ви надаєте шкільному округу дозвіл ділитися інформацією з MassHealth і вимагати відшкодування від MassHealth:
 - a. Це не вплине на наявне довічне страхування вашої дитини або інші пільги MassHealth, а також жодним чином не обмежить використання пільг MassHealth вашою сім'єю поза школою.
 - b. Ваш дозвіл жодним чином не вплине на послуги спеціальної освіти або права вашої дитини на IEP, якщо ваша дитина має право на їх отримання.
 - c. Ваш дозвіл не призведе до жодних змін у правах вашої дитини в системі MassHealth; і
 - d. Ваш дозвіл не призведе до ризику втрати права на участь в інших програмах, що фінансуються Medicaid або MassHealth.
4. Якщо ви даєте дозвіл, ви маєте право передумати і відкликати свій дозвіл у будь-який час.
5. Якщо ви відкликаєте свій дозвіл або відмовляєтеся дозволити шкільному округу передавати записи та інформацію про вашу дитину до MassHealth з метою отримання відшкодування вартості послуг, шкільний округ продовжуватиме нести відповідальність за надання послуг вашій дитині безкоштовно для вас.

Я прочитав повідомлення і зрозумів його. Я отримав відповіді на всі запитання, які у мене виникли. Я даю дозвіл шкільному округу надавати MassHealth записи та інформацію, що стосуються моєї дитини (дітей) та її (їх) медичних послуг, якщо це необхідно. Я розумію, що це допоможе нашій громаді отримати часткове відшкодування за послуги, що покриваються програмою MassHealth.

Підпис батьків/опікунів _____ Дата: _____

Ім'я дитини:	Дата народження:	SASID № (для району додається):
Ім'я дитини:	Дата народження:	SASID № (для району додається):
Ім'я дитини:	Дата народження:	SASID № (для району додається):

Add more children

Форма 28M/13 Державного департаменту освіти штату Массачусетс

Переглянута у червні 2018 року