

肯塔基州一次性家长同意通知

允许学区获取肯塔基医疗补助福利

学区名称: **Fayette County Public Schools**

学校/学区联系人: **Debbie Boian, Health Services coordinator**

尊敬的家长/监护人:

此信旨在征求您同意, 允许学校获取信息, 以便向Medicaid申请报销符合条件的校内服务费用。肯塔基州的地方教育机构已获批准, 可就向您孩子提供的某些健康相关服务的费用, 向肯塔基州医疗补助服务部(DMS) 申请部分报销。

在您同意的前提下, 学区将能就为医疗补助(Medicaid) 受益人提供的医疗必要服务申请部分报销, 这些服务是根据个性化教育计划(IEP)、个性化家庭服务计划(IFSP) 或因医疗需要提供的。

学区需要共享您孩子的以下信息: 姓名、出生日期、性别、社会安全号码、个性化教育计划(IEP)、个性化家庭服务计划(IFSP)、服务记录及其他相关信息。每年, 学区将就此同意通知您一次, 您无需每年都重新签署表格。

在未获得您的许可前, 学区不得分享您孩子的信息。若您给予许可, 请了解以下事项:

1、该同意仅用于向以下机构出具账单或接受审计之目的: 肯塔基州医疗补助服务部(DMS)、肯塔基州教育部(KDE)、肯塔基州公共卫生部、联邦医疗保险与医疗补助服务中心(CMS)、任何受委托对本项目进行审计的机构及签约的第三方账单代理。

2、学区不会要求您承担您孩子健康相关服务和/或特殊教育服务的任何费用。

3、此同意不会影响您孩子的终生医疗补助福利或其他医疗补助(Medicaid) 权益, 也不会限制您家庭在学校以外的福利使用权力。这不会影响您孩子的特殊教育服务或个性化教育服务(IEP)权利, 也不会导致失去其他医疗补助(Medicaid) 或DMS资助项目的资格。

4、您有权随时改变决定并撤回您的同意。

我同意学区在必要时将我孩子及他们的健康服务相关信息提供给肯塔基州医疗补助服务部 (Department for Medicaid Services, DMS) 。我理解此举将有助于学校向DMS申请服务的部分费用报销。

家长/监护人签名: _____ 日期: _____

孩子姓名:

出生日期:

Medicaid号码: