

**ТИПОВОЙ БЛАНК СОГЛАСИЯ
НА ПРОВЕРКУ СВЕДЕНИЙ О НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО НОМЕРА
КЛИЕНТА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКИ MEDICAID И НА ДОСТУП К
МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКЕ MEDICAID РОДИТЕЛЯ ИЛИ УЧАЩЕГОСЯ ДЛЯ ОПЛАТЫ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ В
ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ УЧАЩЕГОСЯ**

Уважаемый родитель/опекун _____!

Настоящим просим Вашего разрешения (согласия) для _____ на выставление счета программе страхования Medicaid, в которой участвуете Вы или Ваш ребенок, за специальные образовательные и сопутствующие услуги, включенные в индивидуальную образовательную программу (IEP) Вашего ребенка, также просим Вас предоставить нам индивидуальный номер клиента (CIN), присвоенный Вашему ребенку, или разрешить нам получить CIN, если Вы его не знаете.

Настоящее согласие позволяет школьному округу или административному округу выставлять счет программе Medicaid за покрываемые услуги, связанные с медицинским обслуживанием, и с этой целью предоставлять информацию агенту по платежам Medicaid, курирующему школьный округ или административный округ.

Я, _____, как родитель/опекун _____
(Имя и фамилия родителя
печатными буквами) (Имя и фамилия ребенка
печатными буквами)

получил (-а) письменное уведомление от школьного округа или административного округа с пояснением моих федеральных прав в отношении использования государственных пособий или страховки для оплаты определенных специальных образовательных и сопутствующих услуг.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что школьный округ или административный округ вправе спрашивать индивидуальный номер клиента (CIN), проверять наличие права на участие в программе Medicaid и (или) сотрудничать с программой Medicaid для оплаты специальных образовательных и сопутствующих услуг, предоставляемых моему ребенку.

Я понимаю, что:

- предоставление согласия не повлияет на медицинскую страховку Medicaid для меня или моего ребенка;
- по запросу я могу просмотреть копии данных, разглашенных в соответствии с настоящим разрешением;
- услуги, указанные в IEP моего ребенка, должны быть предоставлены без моего финансового участия независимо от наличия или отсутствия моего согласия выставлять счет программе Medicaid и (или) предоставить CIN моего ребенка;
- я имею право отменить согласие в любое время;
- школьный округ или административный округ обязаны предоставлять мне ежегодное письменное уведомление о моих правах в отношении настоящего согласия.

Кроме того я даю свое согласие на то, чтобы школьный округ или административный округ предоставляли ведомству Medicaid штата указанные ниже данные о моем ребенке для проверки соответствия критериям участия в программе Medicaid и (или) выставления счета за специальные образовательные и сопутствующие услуги, включенные в IEP моего ребенка. Будут разглашаться перечисленные ниже данные.

Приложение 3

Данные, которые будут разглашаться (например, данные об услугах, которые получает Ваш ребенок, демографическая информация об учащемся)

CIN учащегося (если известен): _____

Я даю согласие добровольно и понимаю, что могу отозвать его в любой момент. Кроме того, я понимаю, что право моего ребенка на получение специальных образовательных и сопутствующих услуг никоим образом не зависит от предоставления мной согласия и что, независимо от моего решения о предоставлении настоящего согласия, все необходимые услуги, включенные в IEP моего ребенка, будут предоставлены моему ребенку без моего финансового участия.

Подпись родителя/опекуна: _____

Имя и фамилия разборчиво
(печатными буквами)

Дата