

表格范本

关于使用公共福利或保险支付某些特殊教育和相关服务费用的书面通知

本表改编自美国教育部的通知表范本¹。

简介

本书面通知旨在向您说明联邦《残疾人士教育法》(Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) 规定的权利和保障信息，以便您做出明智之选，确定是否应该提供书面同意书，同意您所在学区/县使用您或您子女的公共福利或保险来支付特殊教育和相关服务的费用，而根据 IDEA，学区必须免费为您和您的子女提供这些服务。

公共福利或保险计划提供的资金（例如 Medicaid 资金）可能会被您所在学区（对于学龄前儿童，则为县）用于帮助支付特殊教育和相关服务费用，但前提是您签署了相关同意书，具体如下所述。

您所在学区或县必须先向您寄送本通知，详述 IDEA 赋予您的相关权利和保障，然后才能要求您提供同意书，以便向纽约州卫生署核实您子女是否享有公共福利或保险（例如 Medicaid 保险和/或客户识别号码 (CIN)）的同意书，并第一次使用这些福利或保险。本通知旨在帮助您理解相关权利和保障，包括您所在学区要求您提供的同意书类型。无论您是否同意，您所在学区均有责任确保您的子女免费享受 IDEA 规定的所有特殊教育和相关服务。

父母同意书

34 CFR §300.154(d)(2)(iv)(A)-(B) 和 8 NYCRR §200.5(b)(8)(i)

您所在学区（对于学龄前儿童，则为县）必须先获得您签署姓名和日期的书面同意，然后才能首次使用您或您子女的公共福利或保险来支付 IDEA 规定的特殊教育和相关服务费用。学区只需要征得一次您的同意便可。

本同意书要求分为两大部分。

1. 同意共享关于您子女的记录：您所在学区需要先征得您的书面同意，然后才能披露（共享）您子女教育记录中的个人可识别信息（例如您子女的姓名、地址、社会安全号码、个性化教育计划 (IEP) 和评估结果）。在征求您的同意时，学区会 (1) 确认记录（或信息），明确关于您子女的哪些内容需要共享；(2) 向您告知共享目的，确保您获悉共享此类记录的目的（例如支付特殊教育和相关服务费用）；(3) 确认机构，明确学区可能会向哪些机构（例如 Medicaid 机构）披露此类信息。

¹ 如需美国教育部编写的《关于使用公共福利或保险的 parents 权利书面通知》完整推荐范本，请参见：
<http://www2.ed.gov/policy/speced/guid/idea/memosdcltrs/accomodelwrittnnotification-6-11-13.pdf>

2. 同意向纽约州卫生署核实您的子女是否拥有 CIN/公共福利或保险 (Medicaid)，并开具您子女的公共福利或保险 (Medicaid) 计划账单：您的同意书必须包含一份声明，说明您理解并同意您所在学区或县（针对学前教育）可以使用您或您子女的公共福利或保险（例如 Medicaid）来支付您子女的部分特殊教育服务费用。

您有权随时撤回同意。如果您撤回同意，学区仍须免费为您的子女提供所有 IEP 特殊教育和相关服务。如欲撤回同意，您需要向您子女所在的学区提交书面请求。

免费规定

34 CFR §300.154(d)(2)(i)-(iii) 和 8 NYCRR §200.5(b)(8)(ii)(b)-(d)

IDEA 关于使用公共福利和保险的“免费”保障规定如下：

1. 您所在学区不得要求您注册或加入公共福利或保险计划，并以此作为您子女接受适当免费公共教育的条件。
2. 您所在学区不得要求您自付任何费用，例如支付一笔可减免或共付的金额，并以此申请学区本应免费为您子女提供的服务。
3. 如果使用您或您子女的公共福利或保险会导致以下结果，则您所在学区不得使用此类福利和保险：
 - a. 减少您的可用终身保险或其他任何保险福利，例如减少您计划允许您子女享受的物理治疗次数或减少您计划允许的心理健康服务次数；
 - b. 导致您需要为本应由公共福利或保险计划承担的服务付费，因为您的子女在校外时也需要这些服务；
 - c. 增加保费或导致取消公共福利或保险；或者
 - d. 导致您有可能失去孩子的家庭和社区豁免资格，因为这些豁免是以您健康相关的总支出为基础。

我们希望本信息能够帮助您做出明智之选，确定是否允许您所在学区或县（针对学前特殊教育）使用您或您子女的公共福利或保险，来支付 IDEA 规定的特殊教育和相关服务费用。

联系信息：有关使用公共福利或保险支付特殊教育和相关服务的要求详情和指导，请参见：<http://www2.ed.gov/policy/speced/reg/idea/part-b/part-b-parental-consent.html>。