

表格样本
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

此表格改编自美国教育部通知单范本¹。

引言

本书面通知旨在向您提供与联邦《残障人士教育法案》（**Individuals with Disabilities Education Act**，下称 **IDEA**）所规定的个人权利及保护相关的信息，让您可在知情的前提下决定是否应作出书面同意表示，对于 **IDEA** 要求您所在学区免费向您本人和子女提供的特殊教育和相关服务，允许学区使用您本人或子女的公共福利或保险来支付这些教育和相关服务费用。

公共福利或保险计划（例如 **Medicaid** 基金）的资金可由您的学区用于帮助支付特殊教育和相关服务费用，但仅限在您已选择作出同意表示的条件下进行，详见下文说明。

学区在请求您作出同意表示，初次使用您本人或子女的公共福利或保险之前，必须先向您提供本通知，用于说明 **IDEA** 规定您所享有的权利和受到的保护。本通知目的在于帮助您了解这些权利和保护，包括学区请求您作出同意表示的类型。如果您选择不作出同意表示，或后来决定撤回同意书，学区应继续负责确保向您的子女提供 **IDEA** 规定的所有特殊教育和相关服务，不对您本人或子女收取任何费用。

家长同意

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

自 2013 年 7 月 3 日起，学区初次使用您本人或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之前，必须事先征得带有您签名并注明日期的书面同意。学区只需一次性征得您的同意。

同意书涵盖两方面要求。

¹ 如需了解由美国教育部编制的关于使用公共福利或保险之家长权利的书面通知完整本，请参阅：
<http://www2.ed.gov/policy/speced/guid/idea/memosdcltrs/accmodelwrittennotification-6-11-13.pdf>

1. 同意公开您子女的有关记录：在披露 (公开) 您子女的教育记录中关于子女的个人身份信息 (例如子女的姓名、地址、社会保障号码、个性化教育项目 (**individualized education program**, 下称 **IEP**) 以及评估结果) 之前, 学区需要征得您的书面同意。在征得您同意之前, 学区将会：**(1) 明确需要公开哪些关于您的子女的记录 (或信息)** (例如可能会向您的子女提供的服务)；**(2) 告诉您公开记录的目的** (例如支付特殊教育和相关服务费用)；**(3) 明确学区可以将信息向哪家机构** (例如 **Medicaid** 机构) 披露。
2. 同意使用公共保险计划 (例如 **Medicaid**) 支付：您的同意书必须包含相关声明, 表示您理解并同意所在学区使用您本人或子女的公共福利或保险 (例如 **Medicaid**) 来支付您子女的某些特殊教育服务费用。

如果您在 **2013 年 7 月 3 日** 之前同意所在学区披露您子女的记录, 以及使用您本人或子女的公共福利或保险支付特殊教育和相关服务, 学区已将您的同意书存档, 仅当以下项目发生变更时, 学区才需重新征得您的同意：向您的子女提供的服务类型 (例如物理治疗或语言治疗)；向您的子女提供的服务数量 (例如本学年每周服务小时数)；或服务费用 (即从公共福利或保险计划扣除的金额)。

如发生以上变更, 所在学区必须重新一次性征得您的同意。在您向学区重新作出一次性同意表示之前, 学区必须向您提供本通知。一旦您作出该一次性同意表示, 即使日后您子女的服务还有变更, 学区使用您本人或子女的公共福利或保险时也将不再需要您作出任何其他同意表示。但是, 学区必须继续每年向您提供本通知。

您有权随时撤回同意书。如果您撤回同意书, 学区仍须提供您子女的所有 **IEP** 特殊教育和相关服务, 不对您收取费用。如希望撤回同意书, 您需要以书面形式向子女所在学区提交申请。

无费用条款

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

关于使用公共福利或保险的 **IDEA**“无费用”保护有如下规定：

1. 学区不得要求您注册或报名参加公共福利或保险计划, 以便让您的子女接受免费的适当公共教育。
2. 学区不得要求您支付任何自付费用, 例如当您对其免费提供给您子女的服务提出索赔时, 学区不得要求您支付免赔额或共付额的款项。
3. 如果使用您本人或子女的公共福利或保险会造成以下后果, 则学区不得使用这些福利或保险：

- a. 导致可用的终身保险或其他保险福利减少，例如减少您的计划中允许向子女提供的物理治疗的疗程数量，或减少您的计划中所允许的心理健康服务的疗程数量；
- b. 对于本应属于您的公共福利或保险计划范围内的服务，由于当您的子女不在校时也需要这些服务，导致您需要支付相应费用；
- c. 增加保费或导致取消您的公共福利或保险；
- d. 导致您的子女可能没有资格参加以您的健康相关总支出为依据的家庭社区型服务豁免计划。

我们希望这些信息有助于您作出知情决定，确定是否允许所在学区使用您本人或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：如需了解有关使用公共福利或保险支付特殊教育和相关服务费用之约束条件的其他信息和指导原则，请参阅：<http://www2.ed.gov/policy/speced/reg/idea/part-b/part-b-parental-consent.html>。