## **家長同意**

**獲得公共保險 (醫療補助) (Medicaid) 和**

**為向Medicaid開帳單, 發佈個人身份資訊**

**適用於 3 – 21歲**

親愛的家長/監護人:

本信函的目的是徵求您的允許也稱為同意, 與俄勒岡州衛生局 (OHA), 俄勒岡州的Medicaid機構， 分享有關您孩子的資訊, 以便學校提供的承保健康服務得到Medicaid報銷。學區和幼兒特殊教育 (ECSE) 計劃可以從 OHA 獲得部分報銷, 用於向已參加Medicaid的殘疾兒童提供Medicaid承保的醫療服務費用。為了獲得 Medicaid 報銷, 您孩子的學區或 ECSE 計劃需要您同意與 OHA 分享有關您孩子的資訊。以下是可能需要與 OHA 分享有關您孩子的資訊: 姓名; 出生日期;提供的服務類型、提供服務的日期以及由誰提供; 出勤記錄和州學生識別號碼 (SSID)。

**家長通知**

未經您的允許, 學區和 ECSE 計劃不能分享有關您孩子的資訊。當您考慮給予允許時, 要知道您有以下的權利:

1. 學區不能要求您申請俄勒岡州健康計劃 (Medicaid), 以便您的孩子可享有其有權得到的學校健康服務。
2. 學區不能要求您為您孩子在學校提供的健康相關服務支付任何費用。這表示他們不能要求您支付共付費或免賠額, 以便向 OHA 为提供的服務開帳單。
3. 如果您允許學區與 OHA 分享資訊以便向 Medicaid 開帳單:
	1. 這不會影響您孩子的可用終身保險或其他Medicaid福利; 也不會以任何方式限制您自己的家庭在校外使用Medicaid福利。
	2. 您的允許不會以任何方式影響您孩子的特殊教育服務或個人化教育計劃 (IEP) 或第 504 條權利, 如果您的孩子有資格接受這些服務。
	3. 您的允許不會導致您孩子的Medicaid權利有任何改變。
	4. 您的允許不會導致對其他 Medicaid 或 OHA 資助的計劃有任何風險會失去資格。
4. 如果您給予允許, 您有權隨時改變主意並撤回您的允許。您必須以***書面形式*** 告知學區您已撤回允許。
5. 如果您撤回允許或拒絕學區與 OHA 分享您孩子的記錄和資訊以便向 Medicaid 報銷承保學校健康服務的費用, 學區將繼續要負責任免費提供醫療服務給您的孩子。

**家長同意**

我已閱讀並明白此通知。我的所有問題都已得到解答。我允許學區或 ECSE 計劃在必要時與 OHA 分享有關我的孩子及其 Medicaid 承保的健康服務的記錄和資訊。我明白這將有助於學區或 ECSE 計劃為我孩子提供的 Medicaid 承保服務的費用尋求部分報銷。

初次書面通知家長的日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| 孩子姓名 | 出生日期 | SSID |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

家長/監護人姓名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

家長/監護人簽名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**教育機構的指引 - 使用表格**

**權力**

此表格旨在遵守 2013 年 2 月 14 日修訂的 2004 年殘疾人教育法 (IDEA) 法規, 關於家長同意使用兒童公共保險福利以及向州Medicaid機構發佈個人身份信息根據34 CFR §300.154(d) 和家庭教育權利和隱私法案 (FERPA)。

**目的**

使用兒童Medicaid福利的學區和 ECSE 計劃可使用此表格來遵守書面通知的要求。它取代了現有的兒童/學生獲取Medicaid福利表格的同意書。此通知必須以公眾可以理解的語言編寫。收到此表格的人有權以其母語或其他通信方式收到此通知, 除非這樣做顯然是不可行的。

具體來說, 此表格是用於記錄家長的書面知情同意或拒絕同意, 1) 使用家長或孩子的公共保險福利 (Medicaid) 和 2) 向州 Medicaid 機構、俄勒岡州衛生局 (OHA) 發佈有關孩子的個人身份資訊。

**什麼時候使用這個表格?**

此表格適用於 3-21 歲的兒童。***僅在*** 學區或 ECSE 計劃已向家長提供***書面通知***, 解釋使用其公共福利的建議以及他們應享有的權利后, 才使用此表格。

一旦學區或 ECSE 計劃獲得這一次性同意, 學區或 ECSE 計劃在未來獲取兒童或家長的公共福利或保險之前無需獲得家長同意, 無論向兒童提供的服務類型或數量是否有所改變, 或公共福利或保險計劃 (例如 Medicaid) 收取的服務費用有所改變。

**填好表格**

* 在標題中輸入學區/ECSE 計劃資訊, 以適應當地使用的表格
* 輸入學區/ECSE 計劃提供初次書面通知的日期
* 輸入兒童/學生的:
	+ 法定全名, 包括中間名
	+ 出生日期 (月/日/年)
	+ SSID 號碼
* 請家長用正楷寫姓名、簽署文件並輸入簽名日期
* 向家長/監護人提供一份副本, 並將副本放入學生檔案中

**注意:** **學區應該就任何與州或聯邦法規要求相關的問題諮詢其法律顧問。**