## **Согласие на доступ к Государственному страхованию (Medicaid) и**

 **Предоставление Личной Информации для Целей Выставления Счетов Medicaid**

**Для Возраста 3 - 21**

Уважаемый Родитель/Опекун:

Цель этого письма запросить у вас разрешение, также известное как согласие, на предоставление информации о вашем ребёнке Управлению Здравоохранения штата Орегон (OHA), Агентству Medicaid Штата Орегон, чтобы получить доступ к возмещению Medicaid за покрываемые медицинские услуги, предоставляемые в школьной обстановке. Школьные округа и Программы Специального Образования для Детей Младшего Возраста (ECSE) могут получить частичное возмещение от OHA расходов на медицинские услуги, покрываемые Medicaid, которые предоставляются детям с ограниченными возможностями, зарегистрированным в Medicaid. Чтобы получить возмещение расходов по программе Medicaid, школьному округу вашего ребёнка или программе ECSE необходимо ваше согласие на передачу информации о вашем ребёнке в OHA. OHA может потребоваться предоставить следующую информацию о вашем ребёнке: имя; дата рождения; тип предоставляемых услуг, дату(ы) оказания услуг и кем; записи о посещаемости и Государственный Идентификационный Номер Студента (SSID).

**Родительское Уведомление**

Школьные округа и программы ECSE не могут делиться информацией о вашем ребёнке без вашего разрешения. При рассмотрении вопроса о предоставлении разрешения помните, что у вас есть следующие права:

1. Школьный округ не может требовать от вас подписки на План Медицинского Обслуживания штата Орегон (Medicaid), чтобы ваш ребёнок мог получать школьные медицинские услуги, на которые он имеет право.
2. Школьный округ не может требовать от вас оплаты услуг, связанных со здоровьем вашего ребёнка, предоставляемых в школьной среде. Это означает, что они не могут требовать от вас доплаты или франшизы для выставления OHA счёта за предоставленные услуги.
3. Если вы даёте школьному округу разрешение на обмен информацией с OHA для выставления счёта Medicaid:
	1. Это не повлияет на доступное пожизненное страхование вашего ребёнка или другие льготы Medicaid; это также никоим образом не ограничивает использование льгот Medicaid вашей семьёй за пределами школы.
	2. Ваше разрешение никоим образом не повлияет на услуги специального образования вашего ребёнка, Программу Индивидуального Обучения (IEP) или права по Разделу 504, если ваш ребёнок имеет право на их получение.
	3. Ваше разрешение не приведёт к каким-либо изменениям прав вашего ребёнка в программе Medicaid.
	4. Ваше разрешение не приведёт к риску потери права на участие в других программах, финансируемых Medicaid или OHA.
4. Если вы даёте разрешение, вы имеете право передумать и отозвать своё разрешение в любое время. Вы должны ***письменно*** уведомить школьный округ о том, что ваше разрешение отозвано.
5. Если вы отзовёте своё разрешение или откажете в разрешении школьному округу передать документы и информацию о вашем ребёнке в OHA с целью получения возмещения Medicaid стоимости покрываемых школьных медицинских услуг, школьный округ по-прежнему будет нести ответственность за предоставление вашему ребёнку медицинских услуг, бесплатно для вас.

**Согласие Родителей**

Я прочитал(а) уведомление и понял(а) его. На любые вопросы, которые у меня были, были даны ответы. Я разрешаю школьному округу или программе ECSE делиться с OHA записями и информацией о моем ребёнке и его медицинских услугах, покрываемых Medicaid, по мере необходимости. Я понимаю, что это поможет школьному округу или программе ECSE добиться частичного возмещения стоимости покрываемых Medicaid услуг, предоставленных моему ребёнку.

Дата Первоначального Письменного Уведомления Родителей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Имя Ребёнка  | Дата Рождения  | SSID |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Имя Родителя/Опекуна: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Родителя/Опекуна: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Directions to Education Agency - Use of Form**

**Authority**

This form is intended to comply with the February 14, 2013 revisions of the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) 2004 regulations related to the parental consent use of a child’s public insurance benefits and release of personally identifiable information to the State Medicaid agency per 34 CFR §300.154(d) and the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA).

**Purpose**

School districts and ECSE programs that propose to use a child’s Medicaid benefits use this form to comply with written notification requirements. It replaces existing consent to access Medicaid benefits forms on file for a child/student. This notice must be written in language that is understandable to the general public. The individual receiving this form has the right to receive this notice in their native language or other method of communication unless it’s clearly not feasible to do so.

Specifically, the form is used to document parent’s written informed consent, or refusal to consent, 1) to use the parent’s or child’s public insurance benefits (Medicaid) and 2) to release personally identifiable information about the child to the State Medicaid agency, the Oregon Health Authority (OHA).

**When Is this Form Used?**

This form is to be used for children ages 3-21. Use this form ***only*** after the school district or ECSE program has provided ***written notification*** to the parent that explains the proposal to use their public benefits and the rights that they are entitled to.

Once the school district or ECSE program obtains this one-time consent, the school district or ECSE program is not required to obtain parental consent before it accesses the child’s or parent’s public benefits or insurance in the future, regardless of whether there is a change in the type or amount of services to be provided to the child or a change in the cost of the services to be charged to the public benefits or insurance program (e.g., Medicaid).

**Completing the Form**

* Enter the school district/ECSE program information in the heading to adapt form for local use
* Enter the date the school district/ECSE program provided Initial Written Notification
* Enter the child/student’s:
	+ Full legal name including middle name
	+ Date of birth (month/day/year)
	+ SSID number
* Ask parent to print name, sign the document, and enter date of signature
* Provide a copy to the parent/guardian and place a copy in the student’s file

**NOTE: District should consult with its legal counsel regarding any questions related to the requirements of state or federal regulations.**