**교육구/ECSE 프로그램으로부터 공공 보험 이용을 제안 받은**

**학부모에 대한 서면 통지**

*3~21세*

**학생 성명:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**생년월일:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSID#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**학부모/보호자 성명:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**학부모/보호자 연락처 정보:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**통지 일자:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 송부 방법:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**통지의 목적**

본 통지는 공공 보험 이용에 대한 동의 제공과 관련하여 특수 교육법률에 따른 보호를 설명 드리기 위한 것입니다. 통지 유형은 아래에 표시되며 귀하가 이를 수신하는 이유는 아래에 설명되어 있습니다.

**통지 유형**

***\_\_\_최초***

귀하가 본 최초 서면 통지를 받는 이유는 *[교육구 명칭, 조기 아동 특수 교육(Early Childhood Special Education: ECSE) 프로그램 명칭]*(으)로부터 다음 사항에 대해 귀하가 동의 해 주실 것을 제안 받았기 때문입니다.

* 공공 보험 수당(Medicaid)을 이용하여 자녀가 공교육의 일부로 받는 특수 교육 및 관련 서비스 비용을 지급하는 것,
* 청구 목적으로 주 Medicaid 기관에게 귀하의 자녀에 대한 개인 식별 정보를 공개하는 것. (주 Medicaid 기관은 복지부(Department of Human Services: DHS)와 오리건주 보건 당국(Oregon Health Authority: OHA)입니다).

***\_\_\_연례***

귀하가 본 연례 서면 통지를 받는 이유는 *[교육구 명칭, ECSE 프로그램* *명칭]*에게 다음과 같은 사전 서면 동의를 이미 제공했기 때문입니다.

* 공공 보험 수당(Medicaid)을 이용하여 자녀가 공교육의 일부로 받는 특수 교육 및 관련 서비스 비용을 지급하는 것,
* 청구 목적으로만 주 Medicaid 기관에 자녀에 대한 개인 식별 정보를 공개하는 것.

**귀하의 사전 서면 동의 및 서면 통지에 관한 중요 정보**

특수 교육 법률에서는 귀하가 귀하의 동의와 관련된 권리에 대한 연례 통지를 받도록 하고 있습니다. 귀하는 귀하의 모국어 또는 기타 의사소통 방법으로 이 통지를 받을 권리가 있습니다.

1. *[교육구 명칭, ECSE 프로그램* *명칭]*이(가) 귀하의 공공 보험(예: Medicaid)에 접근하거나 Medicaid 비용 청구 목적으로 자녀의 개인 식별 정보를 주정부 기관(예: 복지부 또는 Department of Human Services나, 오리건주 보건 당국 또는 Oregon Health Authority)에게 공개하기 이전에 귀하의 사전 서면 동의가 필요합니다.
2. 귀하는 임의적으로 동의할 수 있습니다. 귀하가 동의를 거부하는 경우에도 *[교육구 명칭, ECSE 프로그램* *명칭]*은(는) 여전히 귀하의 자녀에게 적정 무상 공교육(Free Appropriate Public Education: FAPE)을 제공하는 데 필요한 특수 교육 및 관련 서비스를 제공할 것 입니다.
3. 이러한 서비스에 대한 Medicaid 지급을 학교가 청구하는 것은 귀하 가족의 주치의나 기타 의료 제공자로부터 자녀가 의료 서비스를 받는 데 어떠한 영향도 미치지 않습니다. **귀하가 공공 보험 이용에 동의하는지 여부와 상관없이,** *[교육구 명칭, ECSE 프로그램 명칭]*은(는) IDEA에 따라 가족의 부담 없이, 그리고 수당의 감소나, 평생 보장에 대한 영향, 보험료 인상 없이, 필요한 모든 특수 교육 및 관련 서비스를 자녀에게 계속해서 제공할 책임을 부담합니다.
4. *[교육구 명칭, ECSE 프로그램 명칭]*은(는) *최초로* 귀하의 공공 보험(예: Medicaid)에 대한 접근과 Medicaid 비용 청구를 목적으로 자녀의 교육 기록에서 개인 식별 정보를 귀하가 공개하는 것을 요청할 때만 귀하에게 사전 서면 동의를 요청할 것입니다. 이후, 귀하는 본 정보에 대한 연례 통지를 받을 것입니다.
5. 귀하의 동의 제공을 통해, 귀하는 *[교육구 명칭, ECSE 프로그램 명칭]*이(가) 다음의 권한을 갖게 되는 것을 승낙하게 됩니다.
6. 장애인 교육법(Disabilities Education Act: IDEA)의 일부로 제공되는 특수 교육 및 관련 서비스 비용 지급을 위해 귀하의 Medicaid 수당을 이용하는 것,
7. Medicaid 비용 청구 목적으로만 다음 기관들에게 자녀의 개인 식별 정보를 공개하는 것. 이러한 기관 및 개인 식별 정보는 다음과 같습니다.

**주 Medicaid 기관**:

오리건주 복지부(Oregon Department of Human Services: DHS)

오리건주 보건 당국(Oregon Health Authority: OHA)

**공개될 개인 식별 정보:**

1. 자녀, 학부모 또는 기타 가족 구성원의 성명 및 주소,
2. 자녀의 사회 보장 번호를 포함한 개인 식별자, 자녀의 생년월일, 성별, Medicaid 비용 청구를 위한 진단 및 치료 코드,
3. 장애인 교육법(Disabilities Education Act: IDEA)에 따라 제공되는 특수 교육 및 관련 서비스의 기록. (예: 특수 교육 서비스 제공자 및 교육자의 평가 및 평가 보고서, 적격 진술서, 교육 계획(IEP/IFSP), IEP 진행 보고서, 장애인 교육법(Disabilities Education Act: IDEA) 및 FERPA에 따라 개인의 학생 교육 기록으로 간주되는 건강 기록).
4. 귀하의 마음이 바뀐 경우, 귀하는 *[교육구 명칭, ECSE 프로그램 명칭]*에게 서면으로 통지함으로써 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 귀하가 서면으로 동의를 철회한 경우, 철회가 유효하게 된 시점 이후에 귀하의 공공 보험 수당은 이용되지 않을 것이며 귀하 자녀의 개인 식별 정보는 주 Medicaid 기관에게 공개되지 않을 것입니다.
5. 장애가 있는 자녀의 학부모로서 귀하는 특수 교육 법률에 따른 보호 장치를 보유합니다. *절차상 보호 장치에 대한 오리건주 통지(Oregon Notice of Procedural Safeguards)* 사본 또는 본 통지 및 절차상 보호 장치에 대한 설명이 필요하신 경우, 아래 열거된 사람에게 문의 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **연락처 정보** 성명/직책:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 전화:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 이메일:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 우편 주소:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 양식 사용 관련 지침**근거**본 양식은 학부모 또는 자녀의 공공 보험 수당에 대한 부모의 이용 동의 및 주 Medicaid 기관에 대한 개인 식별 정보 공개(34 CFR §300.154(d))에 관한, 2013년 2월 14일 개정, 2013년 3월 18일 시행된 IDEA 2004 규정을 준수합니다. 본 요구 사항들은 3~21세 자녀들에게 적용됩니다. **목적**학부모에게 모국어 또는 기타 의사소통 방식으로 최초 및 연례 서면 통지를 제공하고 개정된 300.154조의 통지 요건을 시행하기 위해 본 양식을 사용하십시오. 각 통지는 교육구 또는 계약자가 가족의 Medicaid 수당을 이용하고 자녀의 개인 식별 정보를 오리건주 복지부(Oregon Department of Human Services: DHS) 및 오리건주 보건 당국(Oregon Health Authority: OHA)에 Medicaid 비용 청구 만을 목적으로 공개하는 것에 대한 학부모 동의와 관련된 안전 장치를 설명하기 위함입니다. **본 양식은 언제 사용됩니까?** 1. 최초 통지 알림 양식은, 교육구 또는 ECSE 프로그램이 수정된 동의 양식(공공 보험(Medicaid) 접근에 대한 동의 및 Medicaid 청구 목적을 위한 개인 식별 정보 공개에 대한 동의)을 사용하여 학부모의 Medicaid 동의를 요청하기 전에 제공하십시오.
2. 다음 해에 동일한 교육구 또는 동일한 ECSE 프로그램에 계속 등록하는 자녀의 경우 – 최초 통지 및 최초 동의의 후속 연도에 가족의 공공 보험/Medicaid 수당에 대한 교육구/ECSE 프로그램의 지속적인 접근, 후속 학년도에서의 개인 식별 정보 공개, 그리고 동의에 따른 보호 장치 설명에 대한 연례 서면 통지로 본 양식을 제공하십시오.
3. 새로운 교육구나 새로운 ECSE 프로그램 지역으로 이사하는 자녀의 경우, - 새로운 동의 양식을 요청하기 전에 최초 서면 통지로 제공하십시오.

**양식 작성** 연락처 정보 - 표제 및 본문: 지역에서의 사용을 위해 양식을 조정하려면 표제에 교육구/기관 정보를 입력하십시오. 양식 전반에서 지정된 곳에 동일한 정보를 입력하십시오.마지막에 개별 연락처 정보를 제공하십시오.인구통계학적 정보 – 자녀/학생의 식별 정보를 기입하십시오.:실명 전체, 성을 먼저, 중간 이름 포함.생년월일(월/일/년).SSID 번호.학부모 성명학부모 연락처 정보추적 정보서면 통지 일자를 기입하십시오.학부모에 대한 서면 통지 제공 방법을 기입하십시오(대면, U.S. 우편 등). 학생의 파일에 통지의 사본을 첨부하여 보관하십시오.  |
|  |