## MEDICAID 청구 목적*을 위한*

**공공 보험(MEDICAID) 접근 및 개인 식별 정보 공개***에 관한*

**서면 동의서**

*3~21세 대상*

## 학생/아동 성명

성 이름 중간이름

## 생년월일 SSID#

월/일/연

**변경에 대한 최초 서면 통지 일자**

## 본인은 다음 내용을 숙지하였습니다. 

1. Medicaid 비용 청구를 목적으로 *(교육구 또는 조기 아동 특수 교육(Early Childhood Special Education: ECSE) 프로그램의 명칭 기입)이(가)* 본인의 공공 보험(예: Medicaid)에 접근하거나 본인 자녀의 개인 식별 정보를 주정부 기관(예: 복지부 또는 Department of Human Services, 오리건주 보건 당국 또는 Oregon Health Authority)에게 공개하려면 사전 서면 동의가 필요합니다**.**

# 본인의 동의는 자발적으로 이루어졌습니다. 본인이 동의를 거부하는 경우에도 *[학군 명칭, ECSE 프로그램 명칭]*은(는) 여전히 적정 무상 공교육(Free Appropriate Public Education: FAPE)을 제공하는 데 필요한 특수 교육 및 관련 서비스를 제공해야 합니다**.**

1. *[학군 명칭, ECSE 프로그램 명칭]*은(는) 본인의 동의를 요청하기 *전에* 동의를 설명하는 서면 통지를 본인에게 제공해야 합니다.

# *[학군 명칭, ECSE 프로그램 명칭]*은(는) *최초로* 본인의 공공 보험(예: Medicaid)에 대한 접근을 요청하고 Medicaid 비용 청구를 목적으로 본인 자녀의 교육 기록에서 개인 식별 정보를 공개할 수 있는 권한을 요청할 때만 본인에게 사전 서면 동의를 요청할 것입니다. 이후, 본인은 본 정보에 대한 연례 통지를 받을 것입니다.

1. 본인은 *[학군 명칭, ECSE 프로그램 명칭]*에게 서면으로 통지함으로써 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 본인의 공공 수당 또는 보험의 이용에 대한 동의 철회는 철회가 유효하게 된 시점 또는 그 이후에 본인의 공공 보험 수당에 대한 접근이 이루어지지 않으며 본인 자녀의 개인 식별 정보가 공개되지 않음을 의미합니다.
2. 본인이 동의를 철회하는 경우에도 본인의 자녀는 본인에게 청구되는 비용 없이 적정 무상 공교육(Free Appropriate Public Education: FAPE)을 제공하는 데 필요한 특수 교육 및 관련 서비스를 계속 받을 것입니다.

**동의함으로써, 본인은** *[학군 명칭, ECSE 프로그램 명칭]***이(가) 다음의 권한을 갖게 되는 것을 이해하고 승낙합니다.****

# 장애인 교육법(Disabilities Education Act: IDEA)의 일부로 제공되는 특수 교육 및 관련 서비스 비용 지급을 위해 본인의 공공 보험 수당(Medicaid)에 접근하는 것

1. Medicaid 비용 청구 목적으로만 다음 기관(들)에 본인 자녀의 교육 기록으로부터 개인 식별 정보를 공개하는 것.

 오리건주 복지부(DHS) 오리건주 보건 당국(OHA)

1. 아래에 표시된 유형의 개인 식별 정보를 공개하는 것:
	1. 본인의 자녀, 학부모 또는 기타 가족 구성원의 이름 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 가족 교육 권리 및 개인 정보 보호법(Family Educational Rights and Privacy Act: FERPA)에 따라 개인의 학생 교육 기록으로 간주되는 건강 기록), 및
	4. 기타(목록):

본인은 공공 보험(Medicaid)에 접근하고, 청구 목적으로 위에 열거된 본인 자녀의 개인 식별 정보를 공개하는 것에 **동의합니다.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*학부모/보호자 서명 일자*

본인은 공공 보험(Medicaid)에 접근하거나 청구 목적으로 위에 열거된 본인 자녀의 개인 식별 정보를 공개하는 것에 **동의하지 않습니다.**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*학부모/보호자 서명 일자*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*통역사 성명, 해당되는 경우 정자 기재*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*통역사 서명 일자*

*자세한 내용은 다음 연락처로 문의하십시오.*

*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 공개에 관한 34 CFR §300.154(d)와 관련하여, 2013년 2월 14일 개정, 2013년 3월 18일 시행된 IDEA 2004 규정을 준수합니다. 본 요구 사항들은 3~21세 자녀들에게 적용됩니다.

### 목적

학부모/자녀의 Medicaid 수당에 대한 이용을 제안하는 교육구 및 ECSE 프로그램은 새로운 동의서 규정을 시행하기 위해 본 양식을 사용합니다. 이는 자녀/학생에 대한 파일에 있는 Medicaid 수당 양식에 접근하기 위한 기존 동의서를 대체합니다. 본 통지는 일반 대중이 이해할 수 있는 언어로 작성되어야 합니다. 본 양식을 수령하는 개인은 명백히 그렇게 하는 것이 불가능한 경우를 제외하고, 자신의 모국어 또는 기타 의사 소통 방법으로 본 통지를 받을 권리가 있습니다.

특히, 본 양식은 1) 학부모 또는 자녀의 공공 보험 수당(Medicaid) 이용 및 2) 주 Medicaid 기관(들), 오리건주 복지부(Oregon Department of Human Services: DHS) 및 오리건주 보건 당국(Oregon Health Authority: OHA)에게로의 자녀의 개인 식별 정보 공개에 대한 학부모의 사전 서면 동의 또는 동의 거부를 입증하기 위해 사용됩니다.

### 본 양식은 언제 사용됩니까?

본 양식은 3~21세 자녀들을 대상으로 합니다.

교육구 또는 ECSE 프로그램이 공공 수당 이용에 대한 제안 및 공공 수당 이용과 관련된 IDEA 보호 장치를 설명하는 *서면 통지*를 학부모에게 제공한 *이후에만* 본 양식을 사용하십시오.

이것은 자녀에게 제공할 서비스의 종류나 금액이 변경되거나 공공 수당 또는 보험 프로그램에 부과되는 서비스 비용이 변경된 경우, 그리고 교육구 또는 ECSE 프로그램이 공공 수당 이용에 대한 제안과 공공 수당 이용과 관련된 IDEA 보호 장치를 설명하는 서면 통지를 부모에게 제공한 이후에 한번 사용됩니다.

공공 기관이 본 1회의 동의를 얻은 경우, 공공기관은 자녀에게 제공되는 서비스의 유형이나 금액의 변경 또는 공공 수당이나 보험 프로그램(*예:* Medicaid)에 부과되는 서비스 비용의 변경 여부와 상관없이 향후 자녀 또는 학부모의 공공 수당이나 보험에 접근하기 전에 부모의 동의를 받을 필요가 없습니다.

### 양식 작성

표제 - 지역에서의 사용을 위해 양식을 조정하려면 표제에 교육구/기관 정보를 입력하십시오.

**자녀/학생의 식별 정보를 입력하십시오.**:
실명 전체, 중간 이름을 포함하여 성을 먼저. 생년월일(월/일/년).

SSID 번호.

2013년 3월 연방법 개정에 따라 교육구가 최초 서면 통지를 제공한 일자를 입력하십시오.

문서 전체에 걸쳐 표시된 곳에 교육구 또는 ECSE 프로그램(3-5세 미취학 아동의 경우) 명칭을 입력하십시오.:

* 학부모에게 서명과 해당하는 공란에 서명 일자를 기입하도록 요청 하십시오(동의 하는 경우 또는 동의를 거부하는 경우 모두).
* 학부모/보호자에게 사본 한 부를 제공하고 사본 한 부는 학생의 파일에 보관하십시오.