**Письменное Уведомление Родителей о Предлагаемом Использовании Государственного Страхования (Medicaid) Школьным Округом/Программой ECSE**

**Возраст 3 - 21**

Школьные округа и программы Специального Образования для Детей Младшего Возраста (ECSE) могут получить частичное возмещение от Агентства Medicaid штата Орегон, Управления Здравоохранения штата Орегон (OHA) за расходы на покрываемые Medicaid медицинские услуги, предоставляемые детям с ограниченными возможностями, зарегистрированным в Medicaid. Чтобы получить возмещение расходов по программе Medicaid, школьному округу вашего ребёнка или программе ECSE требуется ваше разрешение, также известное как согласие, на передачу информации о вашем ребёнке 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).

В этом уведомлении разъясняются меры защиты, связанные с предоставлением разрешения на использование вашей государственной страховки (Medicaid). Школьный округ/программа ECSE запросит ваше информированное письменное согласие только в первый раз, когда он запросит доступ к вашей государственной страховке (Medicaid), до получения вашего разрешения. После этого вы будете ежегодно получать это письменное уведомление.

Это письменное уведомление предназначено для информирования вас о том, что у вас есть определённые права и средства защиты:

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 передавать документы и информацию о вашем ребёнке в OHA с целью получения возмещения Medicaid стоимости покрываемых медицинских услуг, школьный округ будет по-прежнему нести ответственность за предоставление вашему ребёнку медицинских услуг бесплатно для вас.

**Указания Округу – Использование Формы**

**Власть**

Эта форма предназначена для соответствия поправкам от 14 Февраля 2013 г. к Закону об Образовании Лиц с Ограниченными Возможностями (IDEA) 2004 г., касающимся письменного уведомления родителей: предлагаемое использование государственных страховых пособий ребёнка и раскрытие личной информации агентству Штата Medicaid. Согласно 34 CFR §300.154(d).

**Цель**

Используйте эту форму, чтобы направить Первоначальное и Ежегодное Письменное Уведомление родителям на их родном языке или с помощью другого способа общения, а также для выполнения требований к уведомлению, изложенных в 34 CFR §300.154(d). В каждом уведомлении поясняются гарантии, связанные с согласием родителей на использование школьным округом/программой ECSE льгот Medicaid для ребёнка и предоставление информации, позволяющей установить личность ребёнка, Управлению Здравоохранения штата Орегон (OHA) только для целей выставления счетов Medicaid.

**Когда Используется Эта Форма?**

1. Предоставьте эту форму в качестве ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО письменного уведомления до того, как школьный округ/программа ECSE запросит согласие Medicaid, используя форму Согласия Родителей на Доступ к Государственному Страхованию (Medicaid) и Раскрытие Личной Информации для Целей Выставления Счетов Medicaid.
2. Предоставьте эту форму ЕЖЕГОДНО детям, продолжающим обучение в том же школьном округе или в той же программе ECSE в последующие годы.
3. Для детей, переезжающих в новый школьный округ или в новую зону программы ECSE, предоставьте первоначальное Письменное Уведомление, прежде чем запрашивать новую форму согласия.

**Информация об Отслеживании**

* Зафиксируйте Дату Письменного Уведомления
* Запишите метод предоставления Письменного Уведомления родителю (лично, по Почте US и т. д.)
* Разместите и сохраните копию уведомления в личном деле учащегося.

**ПРИМЕЧАНИЕ: Окружной округ должен проконсультироваться со своим юрисконсультом по любым вопросам, связанным с требованиями государственных или федеральных правил.**