## **家长同意**

**获得公共保险 (医疗补助) (****Medicaid) 和**

**为向Medicaid开帐单, 发布个人身份信息**

**适用于 3 – 21岁**

亲爱的家长/监护人:

本信函的目的是征求您的允许, 也称为同意, 与俄勒冈州卫生局 (OHA), 俄勒冈州的Medicaid机构, 分享有关您孩子的信息, 以便学校提供的承保健康服务得到Medicaid报销。学区和幼儿特殊教育 (ECSE) 计划可以从 OHA 获得部分报销, 用于向已参加Medicaid的残疾儿童提供Medicaid承保的医疗服务费用。为了获得 Medicaid 报销, 您孩子的学区或 ECSE 计划需要您同意与 OHA 分享有关您孩子的信息。以下是可能需要与 OHA 分享有关您孩子的信息: 姓名; 出生日期;提供的服务类型、提供服务的日期以及由谁提供; 出勤记录和州学生识别号码 (SSID)。

**家长通知**

未经您的允许, 学区和 ECSE 计划不能分享有关您孩子的信息。当您考虑给予允许时, 要知道您有以下的权利:

1. 学区不能要求您申请俄勒冈州健康计划 (Medicaid), 以便您的孩子可享有其有权得到的学校健康服务。
2. 学区不能要求您为您孩子在学校提供的健康相关服务支付任何费用。这表示他们不能要求您支付共付费或免赔额, 以便向 OHA 为提供的服务开帐单。
3. 如果您允许学区与 OHA 分享信息以便向 Medicaid 开帐单:
   1. 这不会影响您孩子的可用终身保险或其他Medicaid福利; 也不会以任何方式限制您自己的家庭在校外使用Medicaid福利。
   2. 您的允许不会以任何方式影响您孩子的特殊教育服务或个人化教育计划 (IEP) 或第 504 条权利, 如果您的孩子有资格接受这些服务。
   3. 您的允许不会导致您孩子的Medicaid权利有任何改变。
   4. 您的允许不会导致对其他 Medicaid 或 OHA 资助的计划有任何风险会失去资格。
4. 如果您给予允许, 您有权随时改变主意并撤回您的允许。您必须以***书面形式*** 告知学区您已撤回允许。
5. 如果您撤回允许或拒绝学区与 OHA 分享您孩子的记录和信息以便向 Medicaid 报销承保学校健康服务的费用, 学区将继续要负责任免费提供医疗服务给您的孩子。

**家长同意**

我已阅读并明白该通知。我的所有问题都已得到解答。我允许学区或 ECSE 计划在必要时与 OHA 分享有关我的孩子及其 Medicaid 承保的健康服务的记录和信息。我明白这将有助于学区或 ECSE 计划为我孩子提供的 Medicaid 承保服务的费用寻求部分报销。

初次书面通知家长的日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

家长/监护人姓名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

家长/监护人签名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**教育机构的指引 - 使用表格**

**权力**

此表格旨在遵守 2013 年 2 月 14 日修订的 2004 年残疾人教育法 (IDEA) 规定, 关于家长同意使用儿童公共保险福利以及向州Medicaid机构发布个人身份信息根据34 CFR §300.154(d) 和家庭教育权利和隐私法案 (FERPA)。

**目的**

使用儿童Medicaid福利的学区和 ECSE 计划可使用此表格来遵守书面通知的要求。它取代了现有的儿童/学生获取Medicaid福利表格的同意书。此通知必须以公众可以理解的语言编写。收到此表格的人有权以其母语或其他通信方式收到此通知, 除非这样做显然是不可行的。

具体来说, 此表格是用于记录家长的书面知情同意或拒绝同意, 1) 使用家长或孩子的公共保险福利 (Medicaid) 和 2) 向州 Medicaid 机构、俄勒冈州卫生局 (OHA) 发布有关孩子的个人身份信息。

**什么时候使用这个表格?**

此表格适用于 3-21 岁的儿童。***仅在*** 学区或 ECSE 计划已向家长提供***书面通知***, 解释使用其公共福利的建议以及他们应享有的权利后, 才可使用此表格。

一旦学区或 ECSE 计划获得这一次性同意, 学区或 ECSE 计划在未来获取儿童或家长的公共福利或保险之前无需获得家长同意, 无论向儿童提供的服务类型或数量是否有所改变, 或公共福利或保险计划 (例如 Medicaid) 收取的服务费用有所改变。

**填好表格**

* 在标题中输入学区/ECSE 计划信息, 以适应当地使用的表格
* 输入学区/ECSE 计划提供初次书面通知的日期
* 输入儿童/学生的:
  + 法定全名, 包括中间名
  + 出生日期 (月/日/年)
  + SSID 号码
* 请家长用正楷写姓名、签署文件并输入签名日期
* 向家长/监护人提供一份副本, 并将副本放入学生档案中

**注意:** **学区应该就任何与州或联邦法规要求相关的问题咨询其法律顾问。**