특수 교육 메디케이드 발의안(SEMI) 부모 동의서 양식

_____학군

본 학군은 학생들에게 제공된 서비스에 대해 메디케이드 비용신청을 하도록 학군에 허락하는 특수 교육 메디케어 발의안(SEMI) 프로그램에 참여하고 있습니다.

가족 교육 권리 및 사생활 법령, 34 DFR §99.30과 IDEA B부, 617항에 의한 34 CFR §300.622 상의 동의 요구사항들은 공공의 혜택 평가 이전에 일회성 동의서를 요구하고 있습니다.

본 동의서는 자녀의 개인별 교육 프로그램(IEP) (작업 치료, 물리 치료, 언어 치료, 심리 상담, 청각, 간호 및 특수 교통편 제공)에 규명된 바에 따라 자녀에게 제공된 평가와 서비스를 포함하여 자녀에게 제공된 서비스 또는 학생 기록부 같은 본인의 자녀를 개인으로 식별가능케 하는 정보가 메디케이드와 재무부에 보내질 수 있게 허락함으로써 학군에서 메디케이드 상환을 받을 수 있게 합니다.

아래 명기된 자녀의 부모/보호자로서 본인은 상기 정보를 제출하도록 허락하는 바이며 메디케이드에게 본인 자녀의 또는 본인의 공공 혜택이나 공공 보험이 Part 300(IDEA에 준한 서비스들)에 따른 특수교육 또는 그에 관여된 서비스의 비용을 지불을 할 수 있도록 하는 바입니다. 본인은 메디케이드 수혜 자격이나 SEMI 청구 동의 여부에 관계없이, 학군이 여전히 IEP에 따라 본인의 자녀에게 서비스를 제공해야 함을 이해합니다.

본인은 학군에 의한 이러한 서비스의 청구가 자녀가 학교 외부에서 이러한 서비스를 이용하는 데 영향을 미치지 **않으며**, 자기부담금, 공제액, 자격 상실 또는 평생 혜택에 대한 영향을 포함하여 본인의 가족은 어떠한 비용도 부담하지 않음을 이해합니다.

아동 성명:_____

아동의 생년월일:_____/_____/_____

부모/보호자:_____

날짜:_____/_____/_____

SEMI에 대한청구를동의함: 동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

본 동의서는 자녀의 담당 케이스 매니저 또는 학교의 관리자에게 서면으로 연락하여 언제라도 취소할 수 있습니다.

2017년 10월