|  |
| --- |
| **ПРИЗНАЧЕННЯ.** У цій формі вас просять надати згоду на надання необхідної інформації для перевірки права вашої дитини на Medicaid і звертання в Орган охорони здоров’я штату Вашингтон (Health Care Authority, HCA). за відшкодуванням (за програмою Medicaid) витрат на надані в школі медичні послуги. Коли шкільний округ перевіряє право учня на Medicaid або звертається в HCA за відшкодуванням витрат на надані в школі медичні послуги в зв’язку з тим, що у вас чи у вашої дитини є право на державну допомогу, це не впливає на допомогу, яку ви чи ваша дитина отримуєте за програмою Medicaid. |

ЗГОДА НА ПЕРЕВІРКУ ПРАВА НА MEDICAID ТА ЗВЕРТАННЯ ЗА ВІДШКОДУВАННЯМ ВИТРАТ НА НАДАНІ В ШКОЛІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ім’я та прізвище учня: |  | Номер SSID (якщо відомий): |  |
| Школа, де учень навчається зараз: |  | Дата народження: |  |

Шкільний округ зобов’язаний отримати вашу згоду на перевірку права учня на Medicaid і подачу заяви на відшкодування (за програмою Medicaid) витрат на послуги, що були надані вашій дитині у школі. До послуг, які можуть бути відшкодовані програмою Medicaid, входять: фізіотерапія, трудотерапія, логопедія, аудіологія, сестринський догляд, консультації та психологічні обстеження. Якщо ваша дитина має право на Medicaid, витрати на ці послуги можуть відшкодуватися, навіть якщо вони надавалися вашій дитині за програмою індивідуального навчання (individualized education program, IEP). З вашого дозволу (Insert SCHOOL DISTRICT) передасть в Орган охорони здоров’я штату Вашингтон (Health Care Authority, HCA) ім’я і дату народження вашої дитини, щоб перевірити її право на Medicaid. Надання цієї інформації не призведе до зміни об’єму послуг, що надаються вашій дитині за програмою IEP. За вашою згодою (Insert SCHOOL DISTRICT) також надасть необхідну інформацію, яка міститься в документах про навчання вашої дитини, для отримання відшкодування від HCA, якщо витрати на надані вашій дитині послуги можуть бути відшкодовані, тому що ваша дитина має право на Medicaid.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я дозволяю |  | надати HCA необхідну інформацію, яка міститься в |
| документах про навчання моєї дитини, для засвідчення особи моєї дитини, перевірки її права на Medicaid та отримання доступу до державної допомоги, яку одержую я чи моя дитина. HCA відшкодує (за програмою Medicaid) витрати на надані в школі медичні послуги. Якщо цей шкільний округ більше не надає послуг моїй дитині, я розумію, що ця згода не буде передана до нового шкільного округу. Цей дозвіл набуває чинності з моменту його підписання, що засвідчує мою згоду. | | |

Надаючи згоду, я підтверджую, що: (1) мені надали всю інформацію, необхідну для отримання доступу до пільг, які я чи моя дитина отримує за програмою Medicaid, а також про причини розкриття інформації, що міститься в документах про навчання моєї дитини, а саме перевірки права моєї дитини на Medicaid та отримання відшкодування від HCA; (2) я також розумію, що згода є добровільною і що я можу скасувати її у будь-який час; а також, що (3) якщо я скасую згоду, ця дія не буди мати зворотної сили; це означає, що скасування не анулює вже зроблені перевірки чи відшкодування через HCA, але припинить будь-які майбутні перевірки чи відшкодування.

Я надаю згоду на перевірку в HCA права моєї дитини на Medicaid і на подачу заяви на відшкодування витрат на зазначені послуги.

Я не даю згоди. Я розумію, що моя відмова дати згоду означає, що шкільний округ не може перевірити право моєї дитини на Medicaid або подати заяву на відшкодування витрат на послуги, які інакше могли б бути відшкодовані через HCA. Я також розумію, що моя відмова не впливає на доступ моєї дитини до послуг із спеціального навчання за програмою IEP.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Підпис батька (матері) / опікуна* |  | *Дата* |

Якщо у вас є запитання щодо цієї згоди, будь ласка, зателефонуйте до вашого шкільного округу або надішліть листа електронною поштою, щоб отримати пояснення щодо причин цього запиту. Контактна інформація: INSERT DISTRICT CONTACT INFORMATION.

[Creative Commons License](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) Згода на виставлення рахунків (Medicaid) від [Офісу головного інспектора державної освіти штату (Office of Superintendent of Public Instruction)](http://www.k12.wa.us) надається за міжнародною ліцензією [Creative Commons Attribution 4.0 International License](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).