|  |
| --- |
| **ПРИЗНАЧЕННЯ.** Ця форма є запитом на отримання згоди батьків щодо можливості оплати послуг, які надаються їхній дитині/їхнім дітям в рамках Закону про забезпечення освітою дітей-інвалідів (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), за рахунок страхових виплат, які отримує такий учень/учні за умовами договору індивідуального страхування. Батьки не зобов'язані надавати згоду на використання страхових виплат. Якщо у вас виникнуть будь-які питання, ми радимо вам зателефонувати директору шкільного округу, який відповідає за спеціальне навчання і зможе пояснити, чому ви отримали цей запит. |

БАТЬКІВСЬКА ЗГОДА ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ ВИПЛАТ ПРИВАТНОЇ СТРАХОВКИ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Кому: |  | | Відносно: |  |
|  | *Батько чи мати/опікун/повнолітній учень* |  | | *Ім'я та прізвище учня/дата народження* |

Просимо вас дозволити нам оплачувати таку послугу (и) за рахунок страхових виплат вашої дитини:   
*((зазначити послугу, наприклад візит до лікаря, оцінювання потреб учня, лікування вад мовлення тощо)*

|  |
| --- |
|  |

Ваша згода означає, що ви погоджуєтесь звернутись за страховими виплатами, які підуть на оплату зазначених вище послуг (и). Шкільний округ зобов’язується відшкодувати вам фактичні витрати, пов'язані з поданням відповідної заяви, в тому числі франшизи та витрати на доплати. Для отримання компенсації ви маєте надати адміністрації шкільного округу копії неоплачених рахунків за користування зазначеними вище медичними послугами (ою) впродовж 60 днів з моменту отримання таких рахунків.

Адміністрація шкільного округу не має права вимагати від вас оплачувати ці послуги за рахунок страхових виплат, якщо це зменшить обсяг безстрокових страхових або інших пільг, якими користується ваша дитина; призведе до того, що вам знадобиться оплачувати послуги, які будуть надаватись вашій дитині не у шкільний час; збільшить розмір страхових премій чи унеможливить отримання вами таких страхових виплат або наданням вам відповідних послуг.

Якщо адміністрація шкільного округу хоче оплачувати інші послуги за рахунок страхових виплат вашої дитини, вона має отримати вашу згоду при наданні нової послуги.

Якщо ви відмовитесь дати згоду, це не звільняє адміністрацію шкільного округу від виконання своїх обов’язків, і вашій дитині й далі надаватимуться зазначені вище послуги.

Якщо ви переводите свою дитину в інший шкільний округ, ваша згода буде вважатись недійсною на його території. Скасувати згоду можна у будь-який час.

Даючи згоду, ви підтверджуєте, що (1) вас повністю поінформували з цього питання; (2) розумієте, що давати згоду необов’язково й ви можете скасувати її у будь-який час; а також, що, (3) якщо ви скасуєте згоду, це не матиме зворотної дії у часі, тобто не відмінить інших дій, які вже мали місце.

Я даю згоду на оплату зазначених послуг (и) за рахунок страхових виплат моєї дитини.

Я не даю згоду на оплату зазначених послуг (и) за рахунок страхових виплат моєї дитини. Я розумію, що моїй дитині й далі надаватимуться послуги в межах її прав.

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

[Creative Commons License](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) Згода батьків на використання виплат приватної страховки 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/).