

मेडिकेड की विशेष शिक्षा सम्बन्धी पहल (स्पेशल एज्युकेशन मेडिकेड इनिशिएटिव - SEMI) पिता की सहमति सम्बन्धी फॉर्म-का माता (

स्कूल डिस्ट्रिक्ट

हमारा स्कूल स्पेशल एज्युकेशन मेडिकेड इनिशिएटिव (SEMI) प्रोग्राम में भाग ले रहा है (, जो स्कूल डिस्ट्रिक्ट्स को छात्रों को प्रदान की जा रही सेवाओं के लिए मेडिकेड को बिल करने की अनुमति देता है।

परिवार के शिक्षा सम्बन्धी अधिकारों और निजता अधिनियम, 34 CFR §99.30 और IDEA भाग B की धारा 617 के अनुसार, 34 CFR §300.622 में दी गयी सहमति सम्बन्धी आवश्यकताओं के अनुसार सार्वजनिक लाभों की सुलभता प्राप्त करने से पहले एकमुश्त सहमति आवश्यक है।

यह सहमति स्थापित करती है कि आपके बच्चे की व्यक्तिगत रूप से पहचानी जा सकने वाली जानकारी, जैसे कि छात्र के रिकॉर्ड्स या आपके बच्चे को प्रदान की गयी सेवाओं के बारे में जानकारी, जिसमें बच्चे के वैयक्तिकृत शैक्षणिक कार्यक्रम (इंडिविजुअलाइज्ड) एज्युकेशनल प्रोग्राम (IEP) (व्यावसायिक उपचार) में बताये गये निर्धारण एवं सेवाएँ (, शारीरिक उपचार, स्पीच थेरेपी, मनोवैज्ञानिक परामर्श, ऑडियोलॉजी यानि श्रवण विज्ञान, नर्सिंग और विशेषीकृत परिवहन) शामिल हैं, स्कूल डिस्ट्रिक्ट पर मेडिकेड प्रतिपूर्ति प्राप्त करने के उद्देश्य के लिए मेडिकेड को और कोषागार विभाग को बतायी जा सकती है।

नीचे दिये गये नाम के बच्चे के माता अभिभावक के रूप/पिता-में, मैं ऊपर बताये गये अनुसार जानकारी प्रकट करने की अनुमति देता हूँ और मैं समझता हूँ तथा सहमत हूँ कि विशेष शिक्षा या भाग 300 के अंतर्गत सम्बन्धित सेवाओं (IDEA के अंतर्गत सेवाएँ) के दाम (चुकाने के लिये) मेडिकेड मेरे बच्चे के या मेरे सार्वजनिक लाभों या सार्वजनिक बीमे की जानकारी प्राप्त कर सकता है। मैं समझता हूँ कि स्कूल डिस्ट्रिक्ट के लिए अभी भी मेरे बच्चे को उसके IEP के अनुसार सेवाएँ प्रदान करना आवश्यक है, चाहे मेरी मेडिकेड पात्रता की स्थिति कुछ भी हो या SEMI बिलिंग हेतु सहमति के लिए मेरी सम्मति हो या नहीं हो।

मैं समझता हूँ कि डिस्ट्रिक्ट के द्वारा इन सेवाओं के लिए बिलिंग मेरी अपने बच्चे के लिए स्कूल सेटिंग के बाहर इन सेवाओं की सुलभता प्राप्त करने की योग्यता पर असर नहीं डालेगी, ना ही मेरे परिवार के द्वारा सहभुगतान-, कटौतियों, पात्रता समाप्त होना, या आजीवन लाभों पर असर सहित कोई भी लागत नहीं आयेगी।

बच्चे का नाम : \_\_\_\_\_

बच्चे के जन्म की तारीख : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

माता :अभिभावक/पिता/ \_\_\_\_\_

तारीख : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

मैं SEMI हेतु बिल करने की सहमति देता हूँ:    हाँ   

नहीं   

यह सहमति आपके बच्चे के स्कूल में, आपके बच्चे के प्रकरण प्रबन्धक, या प्रशासक से, लिखित में सम्पर्क करके किसी भी समय रद्द की जा सकती है।

अक्टूबर 2017