Форма родительского согласия
для участия в программе Special Education Medicaid Initiative (SEMI)

Школьный округ _____

Наш школьный округ участвует в программе специального образования, действующей в рамках программы «Медикейд» (Special Education Medicaid Initiative – SEMI), которая позволяет школьным округам подавать платежные требования в программу «Медикейд» за услуги, предоставляемые учащимся.

В соответствии с Законом о правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни, статья 99.30 раздела 34 Свода федеральных постановлений США (34 CFR §99.30) и статьей 617 части «B» Закона об образовании для лиц с ограниченными возможностями (IDEA Part B), требованиями, предусмотренными статьей 300.622 раздела 34 Свода федеральных постановлений США (34 CFR §300.622) в отношении согласия, перед получением социальных пособий требуется дать единовременное согласие.

Это согласие устанавливает, что информация, позволяющая установить личность вашего ребенка, как например, данные об успеваемости учащегося или информация об услугах, предоставленных вашему ребенку, в том числе о проведении оценок, а также услугах, включенных в индивидуальную программу обучения (ИПО) учащегося (трудовая терапия, физиотерапия, логопедическая терапия, психологическая помощь, аудиологические услуги, медсестринское обслуживание и услуги специализированного транспорта) может предоставляться администрации программы «Медикейд», а также Департаменту финансов с целью получения от программы «Медикейд» возмещения расходов на услуги в школьном округе.

Как родитель (опекун) указанного ниже ребенка я даю разрешение на предоставление вышеуказанной информации, я также понимаю, что администрация программы «Медикейд» может получить доступ к моим или моего ребенка социальным пособиям или государственному страхованию для оплаты услуг специального образования или сопутствующих услуг, предусмотренных частью 300 (услуги, предусмотренные законом IDEA), и согласен(-на) с этим. Я понимаю, что школьный округ обязан продолжать предоставление услуг моему ребенку в соответствии с его (ее) ИПО, независимо от наличия или отсутствия у меня права на получение льгот по программе «Медикейд», а также от моего желания согласиться на подачу платежных требований в рамках программы SEMI.

Я понимаю, что подача требований на оплату этих услуг **не оказывает** никакого воздействия на мою способность получать указанные услуги для моего ребенка вне школы, а также не влечет никаких затрат со стороны моей семьи, в том числе по совместной оплате, нестрахуемым минимумам, в форме потери права на получение льгот или влияния на пожизненные пособия.

Имя и фамилия ребенка: _____

Дата рождения ребенка: _____ / _____ / _____

Родитель (опекун): _____

Дата: ____ / _____ / _____

Я даю согласие на подачу платежных требований по программе SEMI: Да ☐
Нет ☐

Вы можете в любое время отозвать это согласие, подав письменное заявление заведующему личным делом вашего ребенка или в администрацию школы, в которой учится ваш ребенок.

ОКТЯБРЬ 2017 г.