

학교 연계 보건 서비스 학부모 동의서

교육구

본 교육구는 학생을 지원하고 서비스 제공에 소요되는 비용을 책임 있게 관리하기 위해 가정과 협력하는 데 최선을 다하고 있습니다. 교육구는 자녀에게 제공되는 특정 보건 관련 서비스에 대해 Medicaid로부터 비용을 환급받기 위해 Medicaid 혜택을 이용할 수 있도록 허락을 요청드립니다. 이를 위해 비용 청구에 필요한 제한된 정보를 공유할 수 있도록 정식 서면 동의를 요청드립니다. 이러한 비용 환급은 Medicaid에 따라 제공되는 환급 대상 서비스의 비용을 충당하는 데 도움이 됩니다.

연방 정책에 따라 교육구는 특수 교육 및 일반 교육 프로그램을 포함하여 Medicaid 가입 학생에게 제공되는 보장 대상 보건 서비스에 대해 Medicaid에 비용 환급을 청구할 수 있습니다. 또한 뉴저지주 법률([P.L.2023, c.108](#))에 따라 교육구는 수급 자격이 있는 학생에게 제공되는 특정 보장 대상 보건 서비스에 대해 Medicaid에 비용 환급을 청구해야 합니다.

보호자가 동의하면 교육구는 환급 대상 서비스에 대해 Medicaid로부터 비용을 환급받을 수 있습니다. 이로 인해 가족이 직접 부담해야 하는 비용이 발생하지 않으며, 자녀의 Medicaid 보장이나 혜택에도 영향을 미치지 않습니다.

동의 또는 거부

(아래 내용을 읽고 해당란에 체크하거나 이니셜을 기입한 후, 하단에 서명하고 날짜를 기재해 주십시오.)

___ 본인은 자녀에게 제공된 서비스와 관련하여 Medicaid 수급 자격을 확인하고, Medicaid 비용 환급을 청구하며, 감사 또는 검토 요청에 대응할 목적으로 교육구가 자녀에 관한 제한된 정보를 뉴저지주 Medicaid 프로그램(뉴저지주 복지부, 그 대리인 및 교육구의 Medicaid 비용 청구 서비스 제공업체 포함)과 공유하는 데 **동의합니다**.

본인은 언제든지 이 동의를 철회할 수 있으며, 동의를 거부하거나 추후 철회하더라도 교육구는 자녀가 충실하고 효율적인 공교육을 받는 데 필요한 모든 필수 서비스를 본인에게 비용을 부담시키지 않고 계속 제공함을 알고 있습니다. 본인이 동의를 철회하는 경우, 철회한 날부터 효력이 발생하며 그 이후에는 어떠한 정보도 공유되지 않습니다.

공유될 수 있는 정보에는 자녀의 이름, 생년월일, 주소, 주 장애 유형(해당하는 경우), Medicaid 식별 번호 및 제공된 보건 관련 서비스의 유형, 제공량 및 제공일에 관한 정보가 포함될 수 있습니다. 공유될 수 있는 기록에는 개별화 교육 프로그램(IEP)(해당하는 경우), 평가 및 수급 자격 관련 기록, 치료 서비스 기록, 통학 서비스 기록, 경과 기록 및 간호 기록이 포함될 수 있습니다.

___ 본인은 Medicaid 수급 자격 확인, Medicaid 비용 환급 청구 또는 제공된 서비스와 관련된 감사 및 검토 요청에 대응할 목적으로 교육구가 자녀에 관한 정보를 공유하는 데 **동의하지 않습니다**.

자녀의 이름: _____

자녀의 생년월일: ____/____/____

학부모/보호자: _____

날짜: ____/____/____

2026년 5월