

Форма согласия родителей на получение услуг медицинской помощи на базе школы

Школьный округ

Наш школьный округ стремится сотрудничать с семьями, чтобы поддерживать учащихся и одновременно ответственно управлять расходами на предоставление услуг. Мы запрашиваем разрешение на обращение в программу Medicaid для получения возмещения расходов за определённые медицинские услуги, предоставленные вашему ребёнку. В связи с этим мы просим вас предоставить официальное письменное согласие на передачу ограниченного объёма информации, необходимой для выставления счетов. Такое возмещение помогает покрывать расходы на услуги, соответствующие требованиям программы Medicaid.

Федеральная политика разрешает школьным округам запрашивать возмещение расходов по Medicaid за охватываемые программой медицинские услуги, предоставляемые учащимся, зарегистрированным в Medicaid, включая учащихся специальных и общеобразовательных программ. Кроме того, законодательство штата Нью-Джерси ([P.L. 2023, c.108](#)) требует от школьных округов добиваться возмещения расходов по Medicaid за определённые охватываемые программой медицинские услуги, предоставляемые учащимся, имеющим на них право.

Ваше согласие позволяет школьному округу получить возмещение расходов по Medicaid за услуги, имеющие право на такое возмещение. Это не повлечёт для вашей семьи никаких расходов из собственного кармана и не повлияет на медицинское страховое покрытие или пособия Medicaid вашего ребёнка.

Согласие предоставлено или отклонено

(Прочитайте, поставьте галочку или инициалы, поставьте подпись и дату внизу)

___ Я понимаю и **даю своё согласие** на передачу школьным округом ограниченного объёма информации о моём ребёнке программе Medicaid штата Нью-Джерси, включая Департамент социальных служб штата Нью-Джерси, его уполномоченных представителей и службу школьного округа по выставлению счетов Medicaid, в целях проверки права на участие в Medicaid, получения возмещения расходов по Medicaid, а также ответа на запросы в рамках аудита или проверки, связанные с услугами, предоставленными моему ребёнку.

Я понимаю, что могу отозвать это согласие в любое время. Если я откажусь дать согласие или впоследствии отзову его, школьный округ продолжит предоставлять все необходимые услуги, требуемые для того, чтобы мой ребёнок получал полное и эффективное государственное образование, бесплатно для меня. Если я отзову своё согласие, оно вступит в силу с даты отзыва, и после этой даты никакая информация передаваться не будет.

Передаваемая информация может включать имя моего ребёнка, дату рождения, адрес, основную инвалидность (если применимо), идентификационный номер Medicaid, а также информацию о виде, объёме и датах предоставленных медицинских услуг. Передаваемые документы могут включать индивидуальные образовательные программы (Individualized Education Programs, IEP), если применимо, результаты обследований и документы, подтверждающие право на получение услуг, журналы оказания терапевтических услуг, журналы транспортных услуг, записи о ходе обучения и медицинские записи.

___ Я **не даю своего согласия** на передачу школьным округом информации о моём ребёнке в целях проверки права на участие в Medicaid, получения возмещения расходов по Medicaid или ответа на запросы в рамках аудита и проверки, связанные с предоставленными услугами.

Имя ребенка: _____

Дата рождения ребенка: _/_____/_____

Родитель/опекун_____

Дата: ____/____/____

МАЙ 2026 Г.