

**ТИПОВОЙ БЛАНК**  
**Письменное уведомление об использовании государственных пособий или страховки для оплаты определенных специальных образовательных и сопутствующих услуг**

**Данный бланк подготовлен на основе образца бланка уведомления, разработанного Министерством образования США<sup>1</sup>.**

**ВВЕДЕНИЕ**

Цель настоящего письменного уведомления — предоставить Вам информацию о Ваших правах и средствах защиты согласно федеральному закону об образовании лиц с инвалидностью (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), чтобы Вы могли принять информированное решение о том, предоставлять ли письменное согласие, позволяющее школьному округу или административному округу использовать получаемые Вами или Вашим ребенком государственные пособия или страховку для оплаты специальных образовательных и сопутствующих услуг, которые, согласно IDEA, Ваш школьный округ обязан предоставлять без финансового участия с Вашей стороны и со стороны Вашего ребенка.

Ваш школьный округ (или административный округ, если речь идет об учащихся дошкольных учреждений) может использовать средства, получаемые в рамках государственных пособий или программ страхования (например, средства программы Medicaid), для оплаты специальных образовательных и сопутствующих услуг, как описано ниже, но только если Вы решите дать свое согласие.

Прежде чем Ваш школьный округ или административный округ попросят Вас дать согласие на проверку в Департаменте здравоохранения штата Нью-Йорк сведений о наличии у Вашего ребенка государственных пособий или страховки (например, медицинской страховки Medicaid и (или) индивидуального номера клиента (CIN)) и на получение доступа к государственным пособиям или страховке в первый раз, они обязаны предоставить Вам настоящее уведомление о правах и средствах защиты, которые доступны Вам согласно IDEA. Настоящее уведомление поможет Вам понять эти права и средства защиты, в том числе то, какой вид согласия попросит у Вас школьный округ. Независимо от того, дадите ли Вы согласие, Ваш школьный округ продолжает отвечать за обеспечение Вашего ребенка всеми необходимыми специальными образовательными и сопутствующими услугами в соответствии с IDEA без финансового участия с Вашей стороны или со стороны Вашего ребенка

---

<sup>1</sup> С полной версией разработанного Министерством образования США и рекомендуемого образца письменного уведомления о правах родителей в отношении использования государственных пособий или страховки можно ознакомиться на сайте <http://www2.ed.gov/policy/speced/guid/idea/memosdcltrs/accmode/writtennotification-6-11-13.pdf>

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ**

**Раздел 34, п. 300.154(d)(2)(iv)(A)–(B) Свода федеральных правил и раздел 8, п. 200.5(b)(8)(i) Сборника законодательных и нормативных актов штата Нью-Йорк**

Прежде чем Ваш школьный округ (или административный округ, если речь идет об учащихся дошкольных учреждений) сможет впервые использовать получаемые Вами или Вашим ребенком государственные пособия или страховку для оплаты специальных образовательных и сопутствующих услуг, предоставляемых согласно IDEA, он обязан получить Ваше письменное согласие с подписью и датой. Ваш школьный округ обязан получить Ваше согласие только один раз.

Требование согласия разделено на две части.

1. Согласие на предоставление данных о ребенке. Ваш школьный округ обязан получить Ваше письменное согласие, прежде чем разглашать (предоставлять) имеющиеся у него данные о Вашем ребенке, которые позволяют установить личность (например, имя, адрес, номер социального обеспечения, индивидуальную образовательную программу (IEP) и результаты тестирования ребенка). При обращении к Вам для получения согласия школьный округ предоставит Вам следующую информацию: 1) тип данных (или информации) о Вашем ребенке, которые подлежат разглашению (например, данные об услугах, которые могут быть предоставлены Вашему ребенку); 2) цель разглашения данных (например, выставление счета за специальные образовательные и сопутствующие услуги); и 3) наименование учреждения, которому Ваш школьный округ может разглашать данные (например, ведомство Medicaid).
2. Согласие на проверку в Департаменте здравоохранения штата Нью-Йорк сведений о наличии CIN у Вашего ребенка, государственных пособий или медицинской страховки (Medicaid) и на выставление счета программе, по которой Ваш ребенок получает государственное пособие или страховое покрытие (Medicaid). В Вашем согласии должно быть заявление о том, что Вы понимаете, что Ваш школьный округ или административный округ (для дошкольных учреждений) могут использовать получаемые Вами или Вашим ребенком государственные пособия или страховку (например, Medicaid) для оплаты некоторых специальных образовательных услуг, предоставляемых Вашему ребенку, и соглашаетесь с этим.

Вы имеете право отозвать согласие в любое время. Если Вы отзовете свое согласие, школьный округ все равно обязан предоставлять все специальные образовательные и сопутствующие услуги, включенные в IEP Вашего ребенка, без Вашего финансового участия. Чтобы отозвать согласие, Вы должны будете подать письменный запрос в школьный округ Вашего ребенка.

**ПОЛОЖЕНИЯ О БЕСПЛАТНОМ ПОЛУЧЕНИИ УСЛУГ**

**Раздел 34, п. 300.154(d)(2)(i)–(iii) Свода федеральных правил и раздел 8, п. 200.5(b)(8)(ii)(b)–(d) Сборника законодательных и нормативных актов штата Нью-Йорк**

В законе IDEA предусмотрены указанные ниже положения о бесплатном использовании государственных пособий или страховки.

1. Ваш школьный округ не вправе требовать от Вас зарегистрироваться в какой-либо программе, предоставляющей государственные пособия или страховое покрытие, для того, чтобы Ваш ребенок получал надлежащее бесплатное государственное образование.
2. Ваш школьный округ не вправе требовать от Вас самостоятельно нести расходы по оплате, например, франшизы или по доплате за подачу страхового требования за услуги, которые при иных обстоятельствах Ваш школьный округ обязан предоставлять Вашему ребенку бесплатно.
3. Ваш школьный округ не вправе использовать получаемые Вами или Вашим ребенком государственные пособия или страховку, если из-за такого использования:
  - a. уменьшится доступное Вам пожизненное страховое покрытие или покрытие других услуг, предоставляемое страховыми компаниями (например, уменьшится допустимое Вашим планом количество физиотерапевтических или психиатрических процедур для Вашего ребенка);
  - b. Вам придется оплачивать услуги, которые в ином случае покрывали бы Ваши государственные пособия или программа страхования, поскольку Вашему ребенку требуются эти услуги не только во время пребывания в школе;
  - c. увеличится Ваш страховой взнос либо будут отменены Ваши государственные пособия или страховка;
  - d. Вы рискуете потерять право на программу обслуживания инвалидов детства на дому и по месту жительства для Вашего ребенка, которое предоставляется исходя из общих расходов, связанных с состоянием здоровья.

Надеемся, данная информация оказалась полезной для Вас при принятии информированного решения о том, разрешать ли Вашему школьному округу или административному округу (при предоставлении дошкольного специализированного образования) использовать получаемые Вами или Вашим ребенком государственные пособия или страховку для оплаты специальных образовательных и сопутствующих услуг, предоставляемых согласно IDEA.

Контактная информация. Дополнительные сведения и рекомендации о требованиях, регулирующих использование государственных пособий или страховки для оплаты специальных образовательных и сопутствующих услуг, можно найти на сайте <http://www2.ed.gov/policy/speced/reg/idea/part-b/part-b-parental-consent.html>.