

同意书范本

核实儿童是否拥有客户识别号码/MEDICAID 保险，并使用父母或学生的 MEDICAID 保险，以便支付学生个性化教育计划中的某些特殊教育服务费用

尊敬的 _____ 家长/监护人：

本同意书旨在征得您的许可（同意），允许 _____ 就您子女个性化教育计划 (Individualized Education Program, IEP) 中的特殊教育和相关服务，向您或您子女的 Medicaid 保险计划收费，并请求您向我们提供您子女的客户识别号码 (Client Identification Number, CIN) 或者如果您不清楚，则允许我们获取该 CIN。

本同意书允许学区/县向 Medicaid 收取其涵盖的健康相关服务费用，并向学区/县的 Medicaid 计费代理披露相关信息。

本人， _____ ，为 _____ 的家长/监护人，
(家长正楷姓名) (子女正楷姓名)

收到了学区/县的书面通知，其中说明了本人使用公共福利或保险支付某些特殊教育和相关服务费用的联邦权利。

本人理解并同意，学区/县可能会要求提供客户识别号码 (CIN)、查看 Medicaid 资格和/或使用 Medicaid 来支付为本人子女所提供特殊教育和相关服务的费用。

本人明白：

- 签署同意书并不会影响本人子女/本人的 Medicaid 保险；
- 在提出请求后，我可以查看本授权同意披露的记录副本；
- 无论本人是否同意使用 Medicaid 支付费用和/或提供本人子女的客户识别号码 (CIN)，本人子女均应免费获得 IEP 所列的服务；
- 本人有权随时撤回同意；以及
- 学区/县必须每年向本人发出书面通知，说明本人签署本同意书后所享有的权利。

此外，本人也同意学区/县向州 Medicaid 机构披露有关本人子女的下列记录/信息，用于查看 Medicaid 资格和/或支付本人子女的 IEP 所包含特殊教育和相关服务的费用。以下记录将被共享：

要共享的记录（例如有关您子女所接受服务的记录或信息、学生人口统计信息）

学生的 CIN（如果知晓）： _____

本人自愿签署同意书，并明白本人有权随时撤回同意。本人亦明白，本人的同意与否与本人子女接受特殊教育和相关服务的权利无关。同时，无论本人决定是否签署同意书，本人子女均应免费享受 IEP 所涵盖的所有规定服务。

家长/监护人签名： _____

正楷姓名

日期