

샘플 동의서

자녀에게 의뢰인 식별 번호/Medicaid 보장이 있는지 확인하고 학생의 개별화 교육 프로그램 내 특정한 특수 교육 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 부모 또는 학생의 Medicaid 보증을 이용할 수 있게 하기 위한 것

_____의 부모님/보호자님께,

_____에 대해 자녀의 개별화 교육 프로그램(IEP) 내 특수 교육 및 관련 서비스에 대해 귀하 또는 자녀의 Medicaid 보험 프로그램에 청구할 허가(동의)를 구하고 자녀의 의뢰인 식별 번호(CIN)를 요청드리고자 연락드렸습니다. CIN을 모르시는 경우 당 기관에서 이를 알아볼 수 있도록 허가해 주시기 바랍니다.

본 동의서를 통해 귀하는 교육구/카운티가 Medicaid에 보장되는 건강 관련 서비스에 대해 청구하고 해당 교육구/카운티의 Medicaid 청구 대리인에게 이러한 목적으로 정보를 공개하도록 허용합니다.

본인 _____은/는의 _____
(부모 이름 정자체) (자녀 이름 정자체)

부모/보호자로서 교육구/카운티로부터 특정 특수 교육 및 관련 서비스에 대한 공공 혜택 또는 보험 사용과 관련해 연방에서 지정한 권리가 설명되어 있는 서면 통지를 받았습니다.

본인은 교육구/카운티에서 의뢰인 식별 번호(CIN)를 요청하고, Medicaid 적격 여부를 확인하고, Medicaid를 사용해 자녀에게 제공되는 특수 교육과 관련 서비스에 대한 비용을 지불함을 이해하고 동의합니다.

본인은 다음을 이해합니다.

- 동의가 본인의 자녀/Medicaid 보장에 영향을 주지 않습니다.
- 요청 시, 이러한 승인에 의거하여 공개된 정보의 사본을 검토할 수 있습니다.
- 자녀의 IEP에 기재된 서비스는 Medicaid에 대한 청구 및/또는 자녀의 CIN 제공에 대한 본인의 동의 여부와 관계없이 본인 비용 부담 없이 제공됩니다.
- 본인에게는 언제든지 본 동의를 철회할 권리가 있습니다.
- 교육구/카운티는 본 동의와 관련한 본인의 권리에 대해 매년 서면 통지를 제공해야 합니다.

또한 본인은 교육구/카운티에서 자녀의 IEP에 속한 특수 교육 및 관련 서비스에 대해 Medicaid 적격 여부 확인 및/또는 청구를 목적으로 주 Medicaid 기관에 자녀에 관한 다음 기록/정보를 공개하는 것에 동의합니다. 다음 기록이 공유됩니다.

공유될 기록(예: 자녀가 받을 서비스에 대한 기록 또는 정보, 학생 인구통계 정보)

학생의 CIN(알고 있는 경우): _____

이는 본인의 자발적 동의이며 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 또한, 특수 교육 및 관련 서비스를 받기 위한 자녀의 권리는 본인의 동의 여부에 달려 있지 않으며 그러므로 본 동의서 제공에 대한 본인의 결정과는 상관없이 자녀의 IEP 에 포함된 모든 필수 서비스는 본인의 비용 부담 없이 제공된다는 점을 이해합니다.

부모/보호자 서명: _____

이름(정자체)

날짜