

РАЗРЕШЕНИЕ ОТ РОДИТЕЛЕЙ
для школьных услуг, предоставляемых программой Медикэйд

Имя и фамилия ученика: _____ **Дата рождения:** _____

Посещаемое школьное учреждение: _____

Школьный округ г. Анкоридж будет участвовать в школьной программе по услугам Медикэйд для штата Аляска. Эта программа позволяет школьным округам выставять счета программе Медикэйд для частичного возмещения расходов за медицинские услуги, предоставляемые в школах ученикам, соответствующим критериям Медикэйд, которые получают услуги по специальному образованию. Услуги включают трудовую терапию, физиотерапию, логопедические услуги, услуги по исправлению слуха, а также услуги, связанные с психическим здоровьем.

Если Ваш ребенок получает любые из перечисленных услуг и соответствует получению льгот по программе Медикэйд в любое время в течение учебного года, **мы запрашиваем Ваше разрешение для выставления счетов страховке Медикэйд Вашего ребенка для получения возмещения за услуги, предоставляемые начиная с 7 января 2013 г.** При предоставлении информации по выставлению счетов, программе Медикэйд может также предоставляться информация об услугах по лечению, которые Ваш ребенок получает в школе. У Вас есть право отказаться от согласия для выставления счетов программе Медикэйд, а также у Вас есть право отозвать данное согласие для выставления счетов программе Медикэйд. Если Вы не дадите свое согласие, округ по-прежнему будет предоставлять услуги, но округ не будет получать оплату за возмещение этих услуг от Медикэйд.

Денежные средства, получаемые от школьной программы по услугам Медикэйд, будут использоваться школьным округом г. Анкоридж для возмещения затрат сотрудникам по предоставлению медицинских услуг по IEP.

Выставление счетов программе Медикэйд за услуги, предоставляемые Вашему ребенку по школьной программе, не затронет никакие другие льготы Медикэйд, которые может получать Ваш ребенок.

Я понимаю и соглашаюсь, что школьный округ ASD может иметь доступ к страховому плану Медикэйд моего ребенка.

Я даю разрешение школьному округу г. Анкоридж выставять счета страховому плану Медикэйд моего ребенка для возмещения затрат за услуги по школьной программе, предоставляемые моему ребенку начиная с января 2013 года.

Подпись родителя/опекуна: _____ **Дата:** _____

Кем является ученику: _____

Идентификационный № Медикэйд ученика: _____

☐ **Я не даю разрешение или школьник не соответствует критериям программы Медикэйд.**

Пожалуйста, отошлите эту форму по адресу: ASD Medicaid Office, 5530 E Northern Lights Blvd.