

PAHINTULOT NG MAGULANG
para sa Mga Serbisyo ng Medicaid sa Paaralan

Pangalan ng Mag-aaral: _____ **Petsa ng Kapanganakan:** _____

Gusali ng Paaralang Pinapasukan: _____

Lalahok ang Anchorage School District sa Programa sa Mga Serbisyo ng Medicaid sa Paaralan ng Alaska. Nagbibigay-daan ang programang ito sa mga distrito ng paaralan na singilin ang Medicaid para sa hindi buong reimbursement ng mga serbisyong pangkalusugang ibinibigay sa mga paaralan sa mga mag-aaral na karapat-dapat sa Medicaid na nakakatanggap ng mga serbisyo sa espesyal na edukasyon. Maaaring kasama sa mga serbisyo ng Medicaid sa Paaralan ang occupational therapy, physical therapy, mga serbisyo sa sinasalitang wika, mga serbisyo sa pandinig at mga serbisyo sa behavioral health.

Kung nakakatanggap ang iyong anak ng alinman sa mga serbisyong nasa itaas at naging karapat-dapat siya para sa mga benepisyo ng Medicaid sa panahon ng taon ng pag-aaral, **hinihiling namin ang iyong pahintulot na singilin ang insurance sa Medicaid ng iyong anak upang makatanggap ng reimbursement para sa mga serbisyong ibinigay simula Enero 7, 2013.** Kapag inilabas ang impormasyon sa pagsingil, maaari ding ilabas sa Medicaid ang impormasyon ng serbisyo ng pangagamot sa paaralan tungkol sa iyong anak. May karapatan kang tanggihan ang pahintulot na singilin ang Medicaid, at may karapatan kang bawiin ang pahintulot na ito na singilin ang Medicaid. Kung hindi ka magbibigay ng pahintulot, ibibigay pa rin ng distrito ang mga serbisyo ngunit hindi makakatanggap ang distrito ng anumang reimbursement mula sa Medicaid para sa mga serbisyong ito.

Gagamitin ang mga pondong natanggap mula sa Programa sa Mga Serbisyo ng Medicaid sa Paaralan upang i-reimburse ang Anchorage School District para sa mga gastusin nito sa kawani sa pagbibigay ng mga IEP na serbisyong nauugnay sa kalusugan.

Ang pagsingil sa programa ng Medicaid para sa Mga Serbisyo sa Paaralan ng iyong anak ay hindi makakaapekto sa anumang iba pang mga benepisyo ng Medicaid na maaaring matanggap ng iyong anak.

Nauunawaan ko at sumasang-ayon na maaaring i-access ng ASD ang insurance sa Medicaid ng aking anak upang bayaran ang mga serbisyo.

Binibigyan ko ng pahintulot ang Anchorage School District na singilin ang insurance sa Medicaid ng aking anak para sa reimbursement ng Mga Serbisyo sa Paaralan simula Enero 2013.

Lagda ng Magulang/Tagapangalaga: _____ **Petsa** _____

Kaugnayan sa Mag-aaral: _____

Medicaid I.D. # ng Bata: _____

☐ **Hindi ako nagbibigay ng pahintulot o hindi kwalipikado sa Medicaid ang mag-aaral.**

Pakibalik ang form na ito sa ASD Medicaid Office, 5530 E Northern Lights Blvd.