

ANCHORAGE SCHOOL DISTRICT 학교 기반 MEDICAID 학부모
최초 통지서 및 청구 동의서

학생 성명: _____ 생년월일: _____

Anchorage School District(ASD, 앵커리지 학군)는 Alaska Medicaid School-Based Services Program(SBS, 알래스카 학교기반서비스) Medicaid 프로그램에 참여합니다.

School-Based Services(SBS) Medicaid 프로그램*

● 하는 일:

- 학생에게 제공된 건강 관련 서비스에 대해 의학적, 교육적으로 필요한 자격을 갖추 시 학교가 연방 Medicaid 기금을 일부 환급으로 수령하도록 허용. 여기에는 작업 치료, 물리 치료, 언어 치료, 청력학, 간호 서비스, 심리 서비스, 상담 또는 행동 건강 서비스가 포함되나 이에 국한되지 않음
- 학교가 학생들에게 제공되는 서비스 비용의 일부를 상쇄하도록 지원
- 자녀에게 제공되는 서비스의 환급을 위해 인구 통계, 진단 및 서비스 제공 기록과 같은 관련 학생의 정보를 알래스카 Medicaid 및 계약된 청구 기관에게 공개하도록 학부모/후견인 Medicaid 일회성 서명 동의를 요구
- 학교가 Medicaid 서명 동의서에 대한 SBS Medicaid 권리를 가족에게 알리는 연례 서면 통지를 가족에게 제공하도록 요구

● 하지 않는 일:

- 학생에게 필요한 학업 및 지원 서비스의 이용에 영향을 주지 않음
- 학생이 Medicaid 에 가입하도록 요구하지 않음 ○ 가족에게 어떤 비용도 청구하지 않음

-----FOR OFFICE USE ONLY-----

Please return all forms to the ASD Medicaid department by either inter-district mail or scan to schoolbasedmedicaid@asdk12.org.

*Individuals with Disability Education Act(IDEA, 장애인 교육법), 34 Code of Federal Regulations(CFR, 연방 규정집) 제 300.154(d)편 및 Family Educational Rights and Privacy Act(가족 교육 권리 및 개인정보 보호법), 34 CFR 제 99 편을 준수합니다. 0

질문이나 궁금한 사항은 ASD SBS Medicaid 사무소에 907-742-6068 로 문의해 주십시오.

ASD SBS Medicaid Office, 5530 E. Northern Lights Blvd., Anchorage, AK 99504
2.2023

☐ 학생 또는 가족의 Medicaid 보험 자격, 혜택 또는 평생 한도에 영향을 주지 않음 ☐ 예. 본인은 알래스카 Medicaid 자격을 확인하고 자녀에게 제공되는 유자격 서비스 관련 환급을 알래스카 Medicaid 가 청구하기 위해, ASD SBS Medicaid 사무소가 본인 자녀의 정보를 공개할 것을 허가합니다.

☐ 아니오. 본인은 ASD SBS Medicaid 사무소가 자녀의 정보를 알래스카 Medicaid 에 공개하는 것을 허가하지 않습니다.

권한을 부여함으로써 본인은 다음을 인정합니다.

- 본인은 ASD 가 Medicaid 자격을 확인하고 유자격 서비스에 대한 환급을 받기 위해 관련 교육 기록 정보를 공개하는 것에 대한 본인의 권리를 안내받았습니다.
- 본인은 이 동의가 자발적으로 이루어졌으며 언제든지 동의를 철회할 권리가 있음을 이해합니다.
- 동의를 철회하는 경우, 철회는 철회 날짜부터 유효하며 소급 적용되지 않습니다. 즉, 철회는 사전 동의가 적용되는 동안 알래스카 Medicaid 에 이미 제출된 확인 사항 또는 청구 건을 무효화하지 않습니다.

학부모/후견인 서명: _____

날짜: _____

학생과의 관계: _____

자녀의 Medicaid I.D. 번호: _____ (알고 있는 경우)

-----FOR OFFICE USE ONLY-----

Please return all forms to the ASD Medicaid department by either inter-district mail or scan to schoolbasedmedicaid@asdk12.org.

*Individuals with Disability Education Act(IDEA, 장애인 교육법), 34 Code of Federal Regulations(CFR, 연방 규정집) 제 300.154(d)편 및 Family

Educational Rights and Privacy Act(가족 교육 권리 및 개인정보 보호법), 34 CFR 제 99 편을 준수합니다. 0

질문이나 궁금한 사항은 ASD SBS Medicaid 사무소에 907-742-6068 로 문의해 주십시오.

ASD SBS Medicaid Office, 5530 E. Northern Lights Blvd., Anchorage, AK 99504

2.2023