



Согласие родителей на доступ к государственной страховке (Medicaid) и передачу личной информации для выставления счетов Medicaid

Уважаемые родители/опекуны!

Цель настоящего письма — запросить ваше разрешение, также известное как согласие, на передачу информации о вашем ребенке в Управление здравоохранения штата Орегон (ОНА), государственное агентство Medicaid штата Орегон, с целью получения возмещения Medicaid за медицинские услуги, покрываемые страховкой и предоставляемые в школе. Школьные округа и округа по предоставлению образовательных услуг могут получить частичное возмещение от ОНА за расходы на медицинские услуги, покрываемые Medicaid, предоставленные детям с ограниченными возможностями, зарегистрированным в Medicaid. Для получения возмещения расходов в рамках Medicaid государственные школы Портленда (PPS) и Округ по предоставлению образовательных услуг Multnomah (MESD) должны получить ваше согласие на передачу информации о вашем ребенке в ОНА. ОНА может потребоваться следующая информация о вашем ребенке: имя; дата рождения; тип предоставляемых услуг, дата (даты) предоставления услуг и лицо, предоставившее услуги; данные о посещаемости и государственный идентификационный номер учащегося (SSID).

Уведомление родителей

PPS и MESD не может раскрывать информацию о вашем ребенке без вашего разрешения. Принимая решение о предоставлении разрешения, пожалуйста, имейте в виду, что вы имеете следующие права:

1. PPS и MESD не может требовать от вас регистрации в программе Oregon Health Plan (Medicaid) для того, чтобы ваш ребенок мог получать школьные медицинские услуги, на которые он имеет право.
2. PPS и MESD не может требовать от вас оплаты каких-либо услуг, связанных со здоровьем вашего ребенка, предоставляемых в школе. Это означает, что PPS не может просить вас о доплате или удержании франшизы для выставления счета ОНА за предоставленные услуги.
3. Если вы дадите PPS и MESD разрешение на передачу информации ОНА для выставления счетов Medicaid:
 - a. Это не повлияет на пожизненное страховое покрытие вашего ребенка или другие льготы Medicaid, а также никоим образом не ограничит использование льгот Medicaid вашей семьей вне школы.
 - b. Ваше разрешение никоим образом не повлияет на услуги специального образования вашего ребенка, индивидуальную образовательную программу (IEP) или права по разделу 504, если ваш ребенок имеет право на их получение.
 - c. Ваше разрешение не приведет к каким-либо изменениям в правах вашего ребенка по Medicaid.
 - d. Ваше разрешение не приведет к какому-либо риску потери права на участие в

других программах, финансируемых Medicaid или ОНА.

4. Если вы даете разрешение, вы имеете право изменить свое решение и отозвать свое разрешение в любое время. Вы должны уведомить школьный округ **в письменной форме** об отзыве вашего разрешения.
5. Если вы отзываете свое разрешение или отказываете школьному округу в предоставлении доступа к документам и информации вашего ребенка ОНА с целью получения возмещения Medicaid за стоимость покрываемых школьных медицинских услуг, PPS и MESD будут продолжать нести ответственность за предоставление вашему ребенку медицинских услуг без каких-либо затрат с вашей стороны.

Согласие родителей

Я ознакомился с уведомлением и понимаю его содержание. На все мои вопросы были даны ответы. Я понимаю, что мое согласие поможет школьному округу получить частичную компенсацию за услуги, покрываемые программой Medicaid, предоставленные моему ребенку. Я выбираю **один из следующих вариантов**, чтобы выразить свое согласие:

- ☐ Я разрешаю государственным школам Портленда и Округу по предоставлению образовательных услуг Multnomah при необходимости предоставлять ОНА записи и информацию о моем ребенке и медицинских услугах, покрываемых Medicaid.
- ☐ Я не разрешаю государственным школам Портленда или Округу по предоставлению образовательных услуг Multnomah при необходимости предоставлять ОНА записи и информацию о моем ребенке и медицинских услугах, покрываемых Medicaid.
- ☐ Мой ребенок не имеет права на участие в программе Oregon Health Plan (Medicaid).

ФИО ребенка	Дата рождения	SSID

ФИО родителя/опекуна: _____

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Информация для родителей/опекунов: Просьба вернуть подписанное и проставленное датой согласие в приемную школы вашего ребенка.

Школьный персонал: Зафиксируйте дату, когда родитель подписал согласие, и статус на вкладке Medicaid на странице учащегося в Synergy SIS.