《家长同意书：授权获取公共保险（医疗补助）及为医疗补助账单目的披露个人身份信息》

尊敬的家长/监护人：

本函旨在征求您的许可（也称为同意），向俄勒冈州卫生局（OHA，俄勒冈州医疗补助管理机构）共享您孩子的信息，以便为在学校提供的符合医疗补助 (Medicaid) 覆盖范围的健康服务申请报销。学区为已参加医疗补助的残疾儿童提供符合补助覆盖标准的健康服务后，可向俄勒冈州卫生局申请报销部分费用。为完成此项报销流程，波特兰公立学区 (PPS) 需要您同意与俄勒冈州卫生局共享您孩子的信息。可能需要向俄勒冈州卫生当局分享的您孩子的信息类型如下：姓名；出生日期；所提供服务的类型、服务提供日期以及服务提供方；出勤记录；以及州学生识别号 (SSID)。

家长权利告知

未经您的许可，波特兰公立学区不得共享您孩子的信息。在您考虑是否给予许可时，请注意您享有以下权利：

1. 波特兰公立学区不得要求您注册俄勒冈医疗补助计划作为孩子获得应享有学校健康服务的条件。
2. 波特兰公立学区不得要求您为在校提供的孩子健康相关服务支付任何费用。这意味着波特兰公立学区不得以向俄勒冈州卫生局申报服务费用为由，向您收取共付额或自付额。
3. 若您许可波特兰公立学区为申报医疗补助账单而与俄勒冈州卫生局共享信息：
    a. 不会影响您孩子的终身医疗补助覆盖范围或其他医疗补助福利，也不以任何方式限制您家庭在校外使用医疗补助。
    b. 若孩子符合资格，您的许可不会以任何方式影响其特殊教育服务、个别化教育计划 (IEP) 或第 504 条款权利。
    c. 您的许可不会导致孩子医疗补助权利的任何变更。
    d. 您的许可不会造成丧失其他医疗补助或俄勒冈州卫生局资助项目资格的风险。
4. 若您给予许可，有权随时改变主意并撤回许可。您必须以书面形式通知学区已撤回许可。
5. 若您撤回许可或拒绝学区为申报符合覆盖范围的校内健康服务费用而与俄勒冈州卫生局共享孩子记录及信息，波特兰公立学区将继续免费为您孩子提供这些健康服务。

家长同意声明

本人已阅读并理解本告知书内容。本人所提问题均已获得解答。本人明白，此同意将协助学区就提供给我孩子的、符合医疗补助覆盖范围的服务费用申请部分报销。本人选择以下一项表明同意意向：

☐ 本人允许波特兰公立学校在必要时向俄勒冈州卫生局共享我孩子及其医疗补助覆盖健康服务的相关记录与信息。

☐ 本人不允许波特兰公立学校在必要时向俄勒冈州卫生局共享我孩子及其医疗补助覆盖健康服务的相关记录与信息。

☐ 我的孩子不符合俄勒冈医疗补助计划参保资格。

孩子姓名：	出生日期	州学生识别号

家长/监护人姓名：_____

家长/监护人签名：_____ 日期：_____

家长/监护人：请将签署并注明日期的同意书交至您孩子所在学校的前台。