



Hawaii State Department of Education
SCHOOL-BASED MEDICAID CLAIMING AUTHORIZATION FORM
(PARENTAL CONSENT FORM - Updated July 2018)

保護者および後見人の皆様、

本同意書は、ハワイ州教育局が州のMedicaid プログラム、Med-QUESTに給付請求することに関して保護者の承認を得ることを意図しています。保護者の同意を得た場合、個別教育プログラム (IEP) を通じて子どもに提供された医学上、教育上必要である健康関連サービスに対する連邦政府償還金を教育局は、一部受けることができます。

該当する括弧にチェックして、学校の生徒サービスコーディネータ および担当者へ提出してください。

[] 私は個別教育計画(IEP)により子どもに提供されている医学上、教育上必要である健康関連サービスに対する連邦政府償還金を**教育局がMed-QUEST保険に請求することに同意します**。私は以下を読み理解しました。

- 子どもの個別教育計画(IEP)に含まれる個人情報 (例：生徒の氏名、住所、生年月日、身分証明書番号、障害、サービス日時、サービスの種類) を、教育局がMed-QUESTに開示する場合があること。
- Med-QUESTに開示した子供に関する情報はすべて機密情報として扱われる。要望があれば、開示された記録の写しを保護者が受け取ることができる。
- 教育局が連邦政府償還金を受領する目的でMed-QUEST に請求しても子どもに対するMed-QUESTの給付には影響しない。Med-QUESTに加入した結果、子どもまたは保護者の給付が減額されたり、経済的な損失は発生しない。
- 子どもが特別支援教育を受ける資格があるにもかかわらず、特別支援教育を受ける条件として、教育局は保護者にMed-QUEST への加入を要請することはできない。
- 保護者は、いつでも書面でこの同意を撤回することができる。撤回する場合は、将来を見越した場合のみ適用する。
- 保護者が同意を撤回した場合、特別支援教育が州と連邦政府の教育要件に従って、保護者に無料で提供されることを確認する義務が教育局に無くなるわけではない。
- 教育局は、同意に関する保護者の権利の通知を書面で毎年送付する必要がある。

[] 私は個別教育計画(IEP)により子どもに提供されている医学上、教育上必要である健康関連サービスに対する連邦政府償還金を教育局が請求することに**同意しません**。

以下、活字体ではっきり記入してください。

日時： _____

生徒の氏名： _____ 学校： _____

保護者および後見人の氏名を活字体で記入 _____

保護者および後見人の署名： _____

保護者および後見人の自宅の住所： _____

保護者および後見人の電話番号： _____ Eメールアドレス： _____

ご質問や詳細は、以下へご連絡ください。

Contact the Health Care Contracts & Reimbursement Office at (808) 305-9787.