



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

학부모/보호자 여러분께 드립니다:

본 학부모 동의서 양식의 목적은 Hawaii State Department of Education(하와이주 교육부: 부처)에 대한 허가를 구하여 Med-QUEST(메드 퀘스트)라고 알려진 주의 Medicaid(메디케이드) 프로그램으로 청구하는 데 있습니다. 귀하의 동의를 얻음에 따라, 본 부처에서는 자녀의 개별화 교육 프로그램(IEP)을 통해 제공되는 의료 및 교육분야 필수 건강 관련 서비스에 대한 일부 연방 환급분을 받을 수가 있습니다.

적절한 박스에 체크 표시를 하고 귀하 학교의 학생 서비스 코디네이터/피지명자에게 반환하십시오.

Med-QUEST에 액세스함으로써 개별화 교육 프로그램(IEP)을 통해 본인의 자녀에게 제공된 의료 및 교육분야 필수 건강 관련 서비스에 대한 연방 차원의 환급분을 청구하기 위하여 본 부처에 본인의 동의서를 제출합니다.

본인은 통지서를 읽고 다음과 같이 이해하는 바입니다:

- 본 부처는 Med-QUEST에 본인 자녀의 IEP(예: 학생 성명, 주소, 생년월일, 학생 ID 번호, 장애 유무, 서비스 일자, 및 제공된 서비스 유형)에 포함되는 개인적으로 신원확인이 가능한 정보를 공개할 수도 있습니다.
- 본인의 자녀에 관하여 Med-QUEST에 제공된 모든 정보는 극비사항입니다. 요청에 따라 공개된 기록물의 사본을 받아 볼 수 있습니다.
- 연방 정부의 환급을 받을 목적으로 Med-QUEST에 액세스하는 본 부처는 본인 자녀의 Med-QUEST 혜택에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 본인 자녀도 본인도 Med-QUEST에 등록하는 결과로 재정적 손실이나 이용 가능한 혜택이 줄어들지 않습니다.
- 본 부처는 본인의 자녀에게 받을 권리가 있는 특수교육 서비스를 본인의 자녀가 받기 위해 Med-QUEST에 신청하도록 본인에게 요구할 수는 없습니다.
- 본인은 언제든지 서면상으로 본인의 동의를 철회할 수도 있으며, 언급한 철회는 미래적으로만 적용하게 됩니다.
- 본인의 동의를 철회한다고 해도 본 부처가 주 및 연방 교육 요건에 따라 학부모에게는 아무런 부담이 없이 특수교육 서비스가 제공되도록 해야 하는 책임을 면하지 못합니다.
- 본 부처는 동의에 관한 학부모 권한의 연례적인 서면 통지서를 제공합니다.

본인은 개별화 교육 프로그램(IEP)을 통해 본인의 자녀에게 제공한 의료 및 교육분야 필수 건강 관련 서비스에 대한 연방의 환급을 청구하기 위해 본인의 동의서를 본 부처에 제공하는 바입니다.

인쇄체나 타이핑으로 명료하게 기입하시기 바랍니다: 일자: _____

학생의 성명: _____ 학교: _____

학부모/보호자 인쇄체 성명: _____

학부모/보호자 서명: _____

학부모/보호자 자택 주소: _____

학부모/보호자 전화번호: _____ 이메일 주소: _____

문의 사항 또는 자세한 정보:

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