



STATE OF HAWAII  
DEPARTMENT OF EDUCATION  
P.O. BOX 2360  
HONOLULU, HAWAII 96804

OFFICE OF THE SUPERINTENDENT

2018년 8월 7일

학부모/보호자 여러분께 드립니다:

하와이주 교육부(부처)가 자격이 되는 학생 전원에게 특수교육 서비스를 제공하면서 이용 가능한 자원을 최대한 활용하도록 귀하의 지원이 필요합니다. **Med-QUEST**를 통한 의료지원인 주의 **Medicaid**(메디케이드) 프로그램 수혜자격이 되는 자녀의 경우, 본 부처는 귀하 자녀의 개별화 교육 프로그램(**IEP**)을 통해 제공되는 여러 가지 의료 및 교육분야 필수 건강 관련 서비스의 일부 연방 환급에 대하여 청구할 수도 있습니다. 이들 서비스는 장애 학생이 무상의 적정 공교육(**FAPE**)을 받아 그 혜택을 누릴 수 있도록 설계되었습니다.

본 부처가 **Med-QUEST**로 청구서를 제출할 수 있기 전에, 본 부처에서는 **Med-QUEST**를 통하여 귀하 자녀의 **IEP**에 포함된 개인 신원확인이 가능한 정보를 공유하기에 앞서 반드시 학부모의 동의를 얻어야 합니다. 귀하 자녀에 관하여 **Med-QUEST**에 제공되는 정보 일체는 극비사항입니다. 학부모의 동의서에 서명함으로써, 다음 권한들이 엄격히 유지되어야 합니다:

1. 본 부처는 무상의 적정 공교육(**FAPE**)을 받기 위해 **Med-QUEST**에 등록하도록 요구하지 않습니다.
2. 학부모/보호자는 공제금액인 본인 부담금과 같은 진료비 본인 부담금 일체를 발생시키지 않아야 합니다.
3. 귀하의 자녀가 수업일 외의 서비스도 필요할 수 있으므로, 그렇지 않으면 **Med-QUEST**로 보장될 서비스 비용에 대하여 귀하의 동의로 인해 학부모/보호자가 부담하는 요건이 초래되지는 않습니다.
4. 귀하의 동의로 이용 가능한 종신보장 또는 기타 일체의 보험혜택이 줄어들지 않습니다.
5. 귀하의 동의로 보험료를 인상하거나 혜택이나 보험의 중단으로 이어지지 않습니다.
6. 그리고, 귀하의 동의로 전체 건강 관련 지출에 근거한 가정 및 커뮤니티 기반의 권리포기에 대한 적격성의 상실 일체에 위험요인이 되지 않습니다.

AN AFFIRMATIVE ACTION AND EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER

학부모/보호자 여러분

2018년 8월 7일

페이지 2

동의서를 제공함으로써, 귀하는 본 부처가 **Med-QUEST** 보험에 액세스하여 의료 및 교육분야 필수 **IEP** 건강 관련 서비스를 귀하의 자녀에게 제공하는 비용의 몫을 회수하도록 허용하게 됩니다. 귀하가 귀하의 자녀에게 제공된 이들 서비스에 대하여 본 부처의 일부 환급 청구를 허용할 경우, 첨부된 양식을 작성하시기 바랍니다.

귀하에게는 언제든지 귀하의 동의를 철회할 권한이 있습니다. 귀하의 동의 철회로써 필요한 모든 서비스가 주 및 연방 특수교육 요건에 따라 귀하에게 무료로 제공되도록 해야 할 본 부처의 책임을 면제하지는 않습니다.

교육부의 학교 기반 **Medicaid**(메디케이드) 청구 프로그램에 참여해 주셔서 감사합니다.

문의사항이나 용무가 있으시면, **Health Care Contracts and Reimbursement Program**(건강관리협약 및 환급 프로그램) 부서의 전화 (808) 305-9750번으로 연락하시기 바랍니다.

감사합니다



**Dr. Christina M. Kishimoto**

교육감

CMK:me

첨부자료