



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

**尊敬的家长/监护人：**

此Parental Consent form（家长同意书）的目的是获得您的同意，授权 Hawaii State Department of Education（夏威夷教育部）（教育部）对州医疗救助项目，也就是熟知的Med-QUEST开立账单。在获得您的同意下，教育部可以收到部分联邦报销费用，用于所需的医疗教育，以及健康相关的服务，通过您小孩的Individualized Education Program（个人教育项目）(IEP)来操作。

请勾选恰当的方框然后返回给学校的**Student Services Coordinator**（学生服务协调处）/指定人。

**我同意教育部** 申请联邦报销费用，用于我的小孩所需的医疗教育，以及健康相关的服务，通过进入Med-QUEST 里面的Individualized Education Program（个人教育项目）来操作。我已经阅读了通知并且明白以下内容：

- 教育部可以泄露我小孩的个人身份信息给Med-QUEST包括我小孩IEP里面的信息（比如学生姓名、地址、生日、学生身份证号码、残疾情况、以及提供的服务类型和日期）。
- 所有提供给Med-QUEST的我小孩的信息都是严格保密的，若我要求可以获得泄露信息的副本拷贝。
- 教育部进入Med-QUEST系统的目的是获得联邦报销费用，不得影响我小孩的Med-QUEST福利。而且我小孩在Med-QUEST里面的资金不会丢失或者被扣减。
- 教育部不得要求我为小孩在Med-QUEST注册，以获得我小孩有权接受的特殊教育。
- 我可以书面形式撤销我的同意书，任何时候，而且此撤销行为将会前瞻性地适用。
- 根据州和联邦关于特殊教育的要求，撤销同意书不会减轻教育部的义务，确保所有必须的服务都免费提供给您。
- 教育部必须每年提供一份书面的通知，说明同意书中家长的有关权利。

**我不同意授权教育部** 申请联邦报销费用，用于我的小孩所需的医疗教育，以及健康相关的服务，通过Individualized Education Program（个人教育项目）来操作。

请清晰打印或者输入：

日期：\_\_\_\_\_

学生名字：\_\_\_\_\_ 学校：\_\_\_\_\_

打印家长/监护人名字：\_\_\_\_\_

家长/监护人签名：\_\_\_\_\_

家长/监护人家庭地址：\_\_\_\_\_

家长/监护人电话：\_\_\_\_\_ Email地址：\_\_\_\_\_

**若有问题或需要相关信息：**

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