



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

尊敬的家長/監護人：

此Parental Consent form（家長同意書）的目的是獲得您的同意，授權 Hawaii State Department of Education（夏威夷教育部）(教育部) 對州醫療救助項目，也就是熟知的Med-QUEST開立帳單。在獲得您的同意下，教育部可以收到部分聯邦報銷費用，用於所需的醫療教育，以及健康相關的服務，通過您小孩的Individualized Education Program（個人教育項目）(IEP)來操作。

請勾選恰當的方框然後返回給學校的**Student Services Coordinator**（學生服務協調處）/指定人。

我同意教育部 申請聯邦報銷費用，用於我的小孩所需的醫療教育，以及健康相關的服務，通過進入Med-QUEST 裡面的Individualized Education Program（個人教育項目）來操作。我已經閱讀了通知並且明白以下內容：

- 教育部可以洩露我小孩的個人身份資訊給Med-QUEST包括我小孩IEP裡面的資訊（比如學生姓名、地址、生日、學生身份證號碼、殘疾情況、以及提供的服務類型和日期）。
- 所有提供給Med-QUEST的我小孩的資訊都是嚴格保密的，若我要求可以獲得洩露資訊的副本拷貝。
- 教育部進入Med-QUEST系統的目的是獲得聯邦報銷費用，不得影響我小孩的Med-QUEST福利。而且我小孩在Med-QUEST裡面的資金不會丟失或者被扣減。
- 教育部不得要求我為小孩在Med-QUEST註冊，以獲得我小孩有權接受的特殊教育。
- 我可以書面形式撤銷我的同意書，任何時候，而且此撤銷行為將會前瞻性地適用。
- 根據州和聯邦關於特殊教育的要求，撤銷同意書不會減輕教育部的義務，確保所有必須的服務都免費提供給您。
- 教育部必須每年提供一份書面的通知，說明同意書中家長的有關權利。

我不同意授權教育部申請聯邦報銷費用，用於我的小孩所需的醫療教育，以及健康相關的服務，通過Individualized Education Program（個人教育項目）來操作。

請清晰列印或者輸入： _____ 日期： _____

學生名字： _____ 學校： _____

列印家長/監護人名字： _____

家長/監護人簽名： _____

家長/監護人家庭地址： _____

家長/監護人電話： _____ Email地址： _____

若有問題或需要相關資訊：

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