



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

**Mahal Naming Magulang/Tagapag-alaga:**

Ang pakay nitong pormularyo ng Pahintulot ng Magulang ay upang hingin ang iyong kapahintulutan para sa Departamento ng Edukasyon ng Estado ng Hawaii (Departamento) na singilin ang programa ng Medicaid ng estado na kilala bilang Med-QUEST. Sa pamamagitan ng inyong kapahintulutan, ang Departamento ay maaaring makakuha ng bahagi ng bayad mula sa pederal para sa kailangang medikal at kailangang edukasyonal na serbisyo na may kaugnayan sa kalusugan na ibinibigay sa pamamagitan ng Programa Para sa Edukasyong Pang-indibidwal (Individualized Education Program) o IEP ng inyong anak.

**MARKAHAN NG TSEK ANG ANGKOP NA KAHON at isauli itong pormularyo sa Tagapamahala/Kinatawan ng Opisina ng Mga Serbisyo Para sa Mga Estudyante (Student Services Coordinator/Designee) ng inyong eskuwela.**

[ ] **Ibinibigay ko ang aking pahintulot sa Departamento** upang magsumite ng kahilingan sa pederal upang maisauli ang bahagi ng bayad para sa kailangang medikal at kailangang edukasyonal na serbisyo na may kaugnayan sa kalusugan na naibibigay sa aking anak sa pamamagitan ng Programa Para sa Edukasyong Pang-indibidwal (Individualized Education Program) sa pamamagitan ng pakikipag-usap sa Med-QUEST. Nabasa ko ang pabatid at naiintindihan ko na:

- Maaring ibahagi ng Departamento sa Med-QUEST ang personal na impormasyon na makapagtuturo sa aking anak na nakasaad sa IEP ng aking anak (kagaya ng pangalan ng estudyante, adres, petsa ng kapanganakan, numero ng identipikasyon ng estudyante, kapansanan, mga petsa ng serbisyo, at mga uri ng mga ibinigay na serbisyo).
- Itinuturing na mahigpit na kumpidensiyal ang lahat na impormasyon na may kaugnayan sa aking anak na maibabahagi sa Med-QUEST. Kung hihingin ko, maaaring makatanggap ako ng kopya ng mga naipamahaging rekord.
- Ang pakikipag-usap ng Departamento sa Med-QUEST upang makakuha ng bayad sa pederal ay di makaaapekto sa mga benepisyo na natatanggap ng aking anak sa Med-QUEST. Ako at ang aking anak ay di makararanas ng pinansiyal na pagkalugi o di mababawasan ang mga benepisyo na natatanggap na dahil sa pagpapalista sa Med-QUEST.
- Hindi ako mapipilit ng Departamento na magpalista sa Med-QUEST upang makatanggap ng aking anak ng mga serbisyo para sa espesyal na edukasyon na karapatan naman ng aking anak na matanggap.
- Maaari kong bawiin ang aking pahintulot, sa pamamagitan ng sulat, sa anumang oras, at ang pagbawi ng pahintulot ay tumutukoy lamang sa hinaharap.
- Ang pagbawi ng aking pahintulot ay di nito aalisin ang responsibilidad ng Departamento na siguruhin na ang lahat na kailangang serbisyo ay maibibigay na walang gagastusin ng magulang, ayon sa mga rekisito na kailangan ng estado at pederal tungkol sa edukasyon.
- Magbibigay ang Departamento ng taunang nakasulat na pabatid tungkol sa mga karapatan ng magulang na may kaugnayan ng pagbibigay ng pahintulot.

[ ] **Hindi ko ibibigay ang aking pahintulot sa Departamento** upang magsumite ng kahilingan sa pederal upang maisauli ang bahagi ng bayad para sa kailangang medikal at kailangang edukasyonal na serbisyo na may kaugnayan sa kalusugan na naibibigay sa aking anak sa pamamagitan ng Programa Para sa Edukasyong Pang-indibidwal (Individualized Education Program)

**ISULAT NG MALINAW SA MALALAKING LETRA O IMAKINILYA:**

Petsa: \_\_\_\_\_

Pangalan ng Estudyante: \_\_\_\_\_ Eskuwela: \_\_\_\_\_

Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga: \_\_\_\_\_

Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga: \_\_\_\_\_

Adres ng Tirahan ng Magulang/Tagapag-alaga: \_\_\_\_\_

Numero ng Telepono ng Magulang/Tagapag-alaga: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_

**PARA SA MGA KATANUNGAN O DAGDAG-KAALAMAN:**

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