



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

Kính gửi cha mẹ/người giám hộ,

Mục đích của Mẫu Chấp thuận Của Phụ Huynh này là đề nghị quý vị cho phép Bộ giáo dục tiểu bang Hawaii (Bộ) lập hóa đơn cho chương trình Medicaid của tiểu bang gọi là Med-QUEST. Khi được quý vị chấp thuận, Bộ có thể nhận một phần hoàn phí của liên bang cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế và giáo dục được cung cấp thông qua Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân của con em (IEP).

ĐÁNH DẤU CHỌN VÀO Ô THÍCH HỢP và gửi lại mẫu cho Điều phối viên/Nhân viên phụ trách dịch vụ học sinh của nhà trường.

- Tôi đồng ý cho Bộ** yêu cầu hoàn phí liên bang cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế và giáo dục được cung cấp cho con tôi thông qua Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân bằng cách tiếp cận Med-QUEST. Tôi đã đọc thông báo và hiểu rằng:
- Bộ có thể tiết lộ cho Med-QUEST thông tin nhận dạng cá nhân bao gồm trong IEP của con tôi (vd: tên, địa chỉ, ngày sinh, mã số học sinh, tình trạng khuyết tật, ngày cung cấp dịch vụ và loại dịch vụ được cung cấp).
 - Mọi thông tin cung cấp cho Med-QUEST liên quan đến con tôi đều được bảo mật nghiêm ngặt. Khi yêu cầu, tôi có thể nhận được bản sao các hồ sơ đã tiết lộ.
 - Việc Bộ tiếp cận Med-QUEST nhằm mục đích yêu cầu hoàn phí liên bang sẽ không ảnh hưởng đến quyền lợi Med-QUEST của con tôi. Bản thân tôi lẫn con tôi đều không bị thất thoát tài chính hay bị giảm các phúc lợi hiện có do đăng ký chương trình Med-QUEST.
 - Bộ không thể yêu cầu tôi đăng ký Med-QUEST cho con tôi để nhận các dịch vụ giáo dục đặc biệt mà con tôi có quyền được hưởng.
 - Tôi có thể gửi văn bản rút lại sự chấp thuận của mình bất cứ lúc nào, và việc rút lại này sẽ chỉ áp dụng trong tương lai.
 - Việc tôi rút lại sự chấp thuận này không làm giảm trách nhiệm của Bộ trong việc đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ giáo dục đặc biệt bắt buộc đều được cung cấp miễn phí cho phụ huynh theo yêu cầu giáo dục của tiểu bang và liên bang.
 - Bộ phải cung cấp văn bản thông báo hàng năm về quyền chấp thuận của phụ huynh.
- Tôi không đồng ý cho Bộ** yêu cầu hoàn phí liên bang cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế và giáo dục được cung cấp cho con tôi thông qua Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân.

VUI LÒNG VIẾT CHỮ IN HOA RÕ HOẶC ĐÁNH MÁY:

Ngày: _____

Tên học sinh: _____ Trường: _____

Tên cha mẹ/người giám hộ viết bằng chữ in hoa: _____

Chữ ký cha mẹ/người giám hộ: _____

Địa chỉ nhà cha mẹ/người giám hộ: _____

Số ĐT cha mẹ/người giám hộ: _____ Địa chỉ email: _____

CÓ THẮC MẮC HOẶC MUỐN BIẾT THÊM THÔNG TIN:

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