



## ЗАПРОС О СОГЛАСИИ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ШКОЛОЙ КОМПЕНСАЦИИ MEDICAID

Департамент образования обращается к вам с просьбой о содействии усилиям по предоставлению услуг вашему ребенку. Наши школы имеют право на дополнительное финансирование ряда услуг для учащихся с индивидуальной учебной программой (IEP), в т. ч. для вашего ребенка. Для получения школой этих средств нам необходимо ваше согласие на (1) предоставление штатовской и федеральной программам Medicaid персональной информации ребенка, в т. ч. о его освидетельствованиях, программах и услугах специального образования, а также (2) на доступ к информации о страховке Medicaid, оплачивающей эти услуги. Ознакомившись со следующей информацией, заполните и верните прилагаемую форму в школу ребенка.

Спасибо за содействие школе в получении в максимальном объеме средств на поддержку наших учащихся.

---

### **Почему меня просят подписать форму согласия?**

Департамент образования г. Нью-Йорка (NYC DOE) использует финансирование Medicaid для частичной оплаты услуг специального образования. Ваше согласие необходимо для выставления Департаментом образования счетов за освидетельствование и услуги, оказываемые вашему ребенку. Для получения ребенком услуг по IEP вам не требуется иметь полис Medicaid.

### **Какая информация о ребенке будет предоставлена штатовской и федеральной программам Medicaid?**

Речь идет о персональной информации об освидетельствованиях и услугах для ребенка, включая его IEP, отчеты о прогрессе, данные о посещаемости, документацию об освидетельствованиях и другую информацию такого рода.

### **Связано ли это с какими-либо расходами для меня или моей семьи?**

Никакой оплаты от вас или вашей семьи не требуется. Вы не несете никаких расходов в связи со страховыми взносами, оплатой или долевыми выплатами за услуги для ребенка. Это никак не затрагивает услуг, предоставляемых ребенку в школе и за ее пределами. Если ваша семья получает пособие Medicaid, ваше согласие на предоставление информации не будет иметь никаких последствий: покрытие не будет отменено, его общая сумма не уменьшится и услуги для вашей семьи останутся прежними. Наличие полиса Medicaid не является условием получения ребенком услуг по IEP. Вам не грозит утрата прав на услуги на дому или в местных организациях, исчисляемые на основании общей суммы ваших медицинских расходов.

### **Могу ли я из отозвать данное мною NYC DOE разрешение на доступ к информации о ребенке и выставление счетов программе Medicaid? Что, если я не дам согласия?**

Отмена разрешения возможна в любое время. Для этого достаточно заполнить и вернуть в школу новую форму согласия. Даже в случае отказа/отзыва согласия, NYC DOE обязан бесплатно обеспечивать ребенку программы и услуги специального образования.

<<Student's last na

# образец

<<NYC student ID>>

Отметьте одно, поставьте подпись и дату и верните форму в школу ребенка.

- Да, я понимаю вышеизложенное и даю NYC DOE разрешение на доступ к личному делу ребенка, в т. ч. к его индивидуальной учебной программе (IEP), отчетам о прогрессе, данным о посещаемости, документации об освидетельствованиях и другой информации такого рода, а также на предоставление штатовской и федеральной программ Medicaid персональной информации ребенка, необходимой для получения школой компенсации. Я даю NYC DOE разрешение на использование государственной страховки Medicaid моего ребенка для оплаты обеспечиваемых ему в соответствии с IEP программ и услуг специального образования.

\_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

\_\_\_\_\_

ДАТА

----- **образец** -----

- Нет, я не даю NYC DOE разрешение на доступ к личному делу ребенка для получения школой компенсации Medicaid за обеспечиваемые ему услуги специального образования.

\_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

\_\_\_\_\_

ДАТА