



Parent Consent for Billing Medicaid or FAMIS for Covered Services

(보장되는 서비스들을 위한 메디케이드나 FAMIS 청구에 관한 학부모 동의서)

학생 이름: \_\_\_\_\_ 학생 번호: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ IEP 학부모 동의 날짜: \_\_\_\_\_ IEP 날짜: \_\_\_\_\_

만약 자녀가 현재 또는 차후에 Medicaid (메디케이드)나 FAMIS (저소득층 어린이들을 위한 버지니아주 건강 보험)에 대한 등록 자격이 되고, 개별 교육 프로그램 (IEP)에 기록되어 있는 보험이 보장되는 서비스를 받는다면, 연방 정부는 이러한 서비스들에 대한 비용을 상환해주어 학교기관을 도울 수 있습니다. 학교가 메디케이드나 FAMIS로부터 상환금을 받으려면, 학부모의 동의가 필요합니다. 개인 보험으로는 청구하지 않을 것이며 귀하의 메디케이드/FAMIS 혜택에는 영향을 끼치지 않을 것입니다. 귀하의 동의는 전적으로 자발적인 것입니다. 만약 귀하가 동의하지 않더라도, 자녀가 받는 서비스에는 아무런 영향을 주지 않을 것입니다.

절차상의 보호 요건: 본인은 Fairfax 카운티 공립학교 (FCPS) 가 메디케이드나 FAMIS로부터 상환금을 목적으로 자녀의 IEP 서비스에 관한 정보를 양도하는 것에 동의하지 않을 수 있는 권리가 있다는 것을 이해합니다. 만약 본인이 동의하지 않기로 선택하여도, 이러한 결정이 자녀에게 제공되는 서비스에는 영향을 주지 않으리라는 것도 이해합니다. 본인의 동의 여부는 자발적인 것이며 언제든지 취소할 수 있다는 것을 이해합니다. 본인은 또한 (다른 기관이나 사람에게) 양도된 기록의 사본을 요청할 수 있는 권리가 있다는 것도 이해합니다. 질문이나 염려가 있다면, FCPS의 메디케이드 프로젝트 담당자에게 571-423-4065로 연락하기 바랍니다.

Table with 3 columns: 서비스, 서비스 날짜 (시작일 및 종료일), 빈도. Contains 5 rows for service details.

본인은 동의합니다: FCPS가 IEP에 요약되어 있는 보장된 서비스들에 대해 메디케이드/FAMIS에게 상환금을 청구하는 절차를 위해 관련 의사들, 기타 다른 의료 서비스 제공자들, 의료 보조 서비스부 (DMAS), DMAS 청구 담당 직원들 및 FCPS 청구 담당 직원들에게 서비스에 참여하고 있는 자녀에 관한 정보를 양도하도록 동의합니다.

학부모 서명 (또는 18세 이상의 학생 서명) \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

본인은 동의하지 않습니다: FCPS가 IEP에 요약되어 있는 보장된 서비스들에 대해 메디케이드/FAMIS로부터 상환금을 받기 위해 서비스에 참여하고 있는 자녀에 관한 정보를 양도하는 것에 동의하지 않습니다.

학부모 서명 (또는 18세 이상의 학생 서명) \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

Fairfax 카운티 공립학교 학생의 학업 기록 정보는 학부모나 자격을 갖춘 학생의 서면 동의 없이는 수령인이 다른 타인/기관으로 하여금 이러한 정보를 사용할 수 있도록 허락하지 않겠다고 동의하는 경우에 한하여 제공됨.