



CONFIDENTIAL

Fairfax County Public Schools
Individualized Education Program

DRAFT UNTIL IEP
IS SIGNED

**Parent Consent for Billing Medicaid or FAMIS
for Covered Services**

学生姓名: _____ 学号: _____

出生日期: _____ 个人教育计划家长同意日期: _____ 个人教育计划日期: _____

如果您的孩子目前或以后有资格得到医疗补助 (Medicaid) 或家庭获得医疗保险保障 (FAMIS), 并且他或她获得个人教育计划 (IEP) 中规定的承保服务, 那么联邦政府可以帮助校区支付这些服务。在学校寻求医疗补助或家庭获得医疗保险保障为这些服务报销之前, 需要获得家长的同意。学校不会要求私人保险付费, 您的医疗补助或家庭获得医疗保险保障福利也不会受到影响。您做出同意完全是自愿的。如果您不表示同意, 也不会影响您孩子接受的服务。

程序保障: 我理解我有权拒绝费郡公立学校 (FCPS) 为了寻求医疗补助或家庭获得医疗保险保障的报销而发布有关我孩子个人教育计划服务的信息。我知道, 如果我选择不同意, 那么我的决定不会影响向我孩子提供的服务。我理解我的同意是自愿的, 我可以在任何时候取消我的同意。我还知道, 我有权要求得到公布的记录的副本。如果我有任何问题或关注, 我可以和费郡公立学校医疗补助项目负责人联系, 电话号码是571-423-4065.

_____	_____	_____
服务	服务日期 (从何时到何时)	频率
_____	_____	_____
服务	服务日期 (从何时到何时)	频率
_____	_____	_____
服务	服务日期 (从何时到何时)	频率
_____	_____	_____
服务	服务日期 (从何时到何时)	频率
_____	_____	_____
服务	服务日期 (从何时到何时)	频率

我同意费郡公立学校为了寻求医疗补助或家庭获得医疗保险保障对我孩子根据个人教育计划而得到的服务进行报销而向参与医生、其他医疗照料提供者、医疗资助服务部 (DMAS)、医疗资助服务部的报账代理或者费郡公立学校的报账代理提供有关我孩子所接受的服务的信息。

_____ 日期

家长 (或18岁以上的学生) 签字

我不同意费郡公立学校为了寻求医疗补助或家庭获得医疗保险保障对我孩子根据个人教育计划而得到的服务进行报销而提供有关我孩子所接受的服务的信息。

_____ 日期

家长 (或18岁以上的学生) 签字

费郡公立学校提供学生学习档案的条件是, 接受信息的人同意, 除非得到学生家长或者有资格的学生的书面同意, 否则不向其他人提供这些信息。