

Согласие на раскрытие данных и истребование оплаты медицинских услуг по индивидуальному плану семейного обслуживания (Family Service Plan, IFSP) / индивидуальной программе обучения (Individualized Education Program, IEP)

Раздел 1. Заполните, если ваш ребенок получает специальное образование.

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Среднее имя: _____

Дата рождения ребенка: _____

Адрес ребенка: _____ Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Имя, фамилия первого родителя: _____

Ваш адрес совпадает с адресом ребенка? Да Нет Если нет, укажите ваш адрес:

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Телефон : Дом.: _____ Раб.: _____ Другой: _____

Имя, фамилия второго родителя: _____

Ваш адрес совпадает с адресом ребенка? Да Нет Если нет, укажите ваш адрес:

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Телефон : Дом.: _____ Раб.: _____ Другой: _____

Раздел 2. Заполните, если ваш ребенок является участником программы Medical Assistance (MA) или MinnesotaCare.

Школьный округ _____ будет выставлять счета программе MA или MinnesotaCare на оплату медицинских услуг, получаемых вашим ребенком. Тип, количество и частота получения услуг предусмотрены программой IFSP / IEP, в которой принимает участие ваш ребенок. Вы должны поставить свою подпись и дать согласие на передачу данных Департаменту социального обеспечения штата Миннесота (Department of Human Services, DHS) при выставлении счетов за данные услуги. Раскрываемая информация включает имя, фамилию вашего ребенка, дату его рождения, номер участника, даты получения услуг и тип кодов услуг. При проверке данных Департаментом социального обеспечения или Министерством здравоохранения и социальных служб США (Department of Health and Human Services, DHHS) разглашаемая информация также может включать номер участника в программе IFSP/IEP вашего ребенка, таблицу успеваемости, посещаемости и получения услуг, а также медицинские предписания.

Я понимаю, что:

Данный документ является согласием на передачу данных Департаменту социального обеспечения и Министерству здравоохранения и социальных служб. Его действие начинается

_____, и он будет действительным в течение всего времени, пока мой ребенок имеет право на специальное образование.

- Я в любое время в письменной форме могу изменить или аннулировать данное согласие.
- Тип, количество и частота получения услуг предусмотрены программой IFSP/IEP, в которой принимает участие мой ребенок.
- Я могу попросить о предоставлении копий всех данных, переданных Департаменту социального обеспечения и Министерству здравоохранения и социальных служб.

- Я могу получить копию данного согласия.
- Иногда законы, защищающие личные данные, позволяют их повторное раскрытие.
- Если я не предоставлю информацию или не дам согласие на передачу информации Департаменту социального обеспечения и Министерству здравоохранения и социальных служб, это не повлияет на порядок предоставления моему ребенку услуг по программе IFSP/IEP, и он (она) продолжит их получать.

Номер участника программы Minnesota Health Care (МНСР): _____

Своей подписью я разрешаю школьному округу передавать информацию:

- 1) Департаменту социального обеспечения для получения оплаты от программы MA или MinnesotaCare;
- 2) Департаменту социального обеспечения и Министерству здравоохранения и социальных служб при проведении ими проверки.

Подпись родителя/законного представителя: _____ Дата: _____

Раздел 3. Заполните, если у вашего ребенка частная медицинская страховка.

Для детей, получающих услуги по программе IFSP. Ваше согласие требуется при первоначальной оплате частной медицинской страховки и при любых изменениях в программе IFSP в связи с увеличением объема (частоты, продолжительности, срока или интенсивности) обслуживания вашего ребенка по программе IFSP (34 CFR §303.520(b)(1)(i)).

Если ваш ребенок является участником программы MA или MinnesotaCare и ваша частная медицинская страховка не покрывает услуги, предоставляемые в рамках программы IFSP /IEP, округ может выставить счета программе MA или MinnesotaCare. Нам необходимы сведения о вашей частной медицинской страховке, чтобы узнать, какие услуги она покрывает. Школьный округ будет использовать данную информацию, чтобы определить, покрывает ли частная медицинская страховая компания медицинские услуги, предоставляемые вашему ребенку по программе IFSP /IEP.

Название частной медицинской страховой компании: _____

Имя и фамилия владельца полиса/участника: _____

Номер группы или полиса: _____

Идентификационный номер страховки ребенка: _____

Кем приходится ребенку владелец полиса: Мать Отец Другое

Я понимаю, что:

- Округ может использовать информацию о моей частной медицинской страховке, чтобы определить, покрывает ли она медицинские услуги, предоставляемые по моему ребенку по программе IFSP /IEP.
- Если частная медицинская страховка не покрывает медицинские услуги, предоставляемые моему ребенку по программе IFSP /IEP, школьный округ может выставить счета программе MA или MinnesotaCare (см. раздел 2).
- Для детей, получающих услуги по программе IFSP. Мой ребенок получает обслуживание по программе IFSP и я получил (а) копию правил государственной системы оплаты, включая: (1) согласие на передачу данных и истребование оплаты медицинских услуг по IFSP и (2) письменное ежегодное уведомление о выставлении счета на оплату третьей стороне за оказание медицинских услуг по IFSP. Эти правила будут предоставляться мне всякий раз, когда потребуется мое согласие.

Подпись родителя/законного представителя: _____ Дата: _____

Раздел 4. Заполните, если вы не хотите, чтобы округ выставял счета программе MA, MinnesotaCare или вашей страховой компании на оплату медицинских услуг, предоставляемых вашему ребенку по программе IFSP/IEP.

Отказ от дачи согласия. Я не разрешаю округу:

- Передавать информацию департаменту DHS для получения оплаты медицинских услуг, предоставляемых моему ребенку по программе IFSP/IEP.
- Узнавать у моей частной страховой компании, покрывает ли она медицинские услуги, предоставляемые по программе IFSP/IEP; при отсутствии оплаты данных услуг школьный округ может выставять счета программе MA или MinnesotaCare.

Я понимаю, что:

- Если я поставлю свою подпись, порядок предоставления моему ребенку услуг по программе IFSP/IEP не изменится, и он (она) продолжит их получение.
- Я могу получить копию данной формы.

Подпись родителя/законного представителя: _____ Дата: _____