



SAGLASNOST RODITELJA/STARATELJA



NADOKNADA OD MEDICAID-A ZA USLUGE IZ UČENIKOVOG/DJETETOVOG INDIVIDUALIZOVANOG OBRAZOVNOG PROGRAMA (Individualized Education Program - IEP) I INDIVIDUALIZOVANOG PLANA USLUGA ZA PORODICU (Individualized Family Services Plan - IFSP)

Program Medicaid-a za državu Iowa dozvoljava da Područne obrazovne agencije (Area Education Agencies - AEAs), Rani ACCESS (Early ACCESS - EA), Regionalni korisnici i Lokalne obrazovne agencije (Local Education Agencies - LEAs) zatraže finansijsku nadoknadu za određene usluge pokrivene učenikovim planovima IEP i IFSP.

Ja, _____, ovdje prisutan odobravam da AEA, EA Regionalni korisnik ili LEA
(Ime roditelja/staratelja)

naveden na planu IEP ili IFSP za moga učenika/dijete, otkrije lično prepoznatljive informacije o

_____ ("učenik/dijete") Ministarstvu države Iowa
(Ime učenika/djeteta)

za socijalnu skrb i njegovim kontraktorima, ("Medicaid"), za svrhe utvrđivanja kvalifikovanosti učenika/djeteta za Medicaid program, te da, ako se utvrdi da je učenik/dijete kvalifikovan za Medicaid, za svrhe naplaćivanja od Medicaid- a za zdravstvene usluge pružene učeniku, a koje su pokrivene Medicaid-om i koje su navedene u učenikovom/djetetovom Individualizovanom obrazovnom planu (IEP) ili Individualizovanom planu usluga za porodicu (IFSP).

Ako učenik/dijete ima drugo zdravstveno osiguranje u dodatku Medicaid-a, shvaćam da Medicaid može prosljediti zahtjev za naplatom troškoma tom drugom zdravstvenom osiguranju. Ovaj postupak je u skladu sa svim saveznim propisima i neće uticati na postojeće beneficije porodice ili na pristup porodice bilo kojim uslugama.

Ja razumijem da, na zahtjev, mogu dobiti kopije učenikovih/djetetovih zapisa koje se odnose na ovo odobrenje.

Potpis roditelja/staratelja

Odnos sa učenikom/djetetom

Datum: _____

_____ Odbijam dati svoju saglasnost za otkrivanje informacija Medicaid-u.

Razumijem da fotokopija ili drugi oblik reprodukcije ovog popunjenog i potpisanog formulara će imati istu važnosti i uticaj kao i popunjeni i potpisani original formulara, osim kada zakon to izričito zabranjuje.

U skladu sa Family Educational Rights and Privacy Act ("FERPA")/Zakon o obrazovnim pravima porodice i privatnosti, član 20 USC § 1232g, 34 CFR §99.31, školska ustanova, prije otkrivanja lično prepoznatljivih informacija iz učenikovog dosijea agenciji za Medicaid države Iowa, mora dobiti "pismenu saglasnost roditelja učenika, u kojem se konkretno navode bilješke koje će se otkriti, razloge za otkrivanje i kome će se dati, te roditelju učenika dostaviti kopiju bilješke koje će se otkriti, kao i učeniku, ako tako odluče roditelji." Ova potpisana saglasnost vrijedi za period od jedne (1) godine dana od dana potpisivanja. Ovaj formular se mora čuvati i biti dostupan u svrhu kontrole.