

针对特殊教育和相关服务的信息发布同意书

支持获取公共福利/保险

学生姓名:	学生出生日期:
学区/特许学校:	

我特此授权此学校 _____ 向 Medicaid 发布此学生的记录和信息，以便针对根据美国联邦法规第 34 篇第 300 节可能会向此学生提供的特殊教育和相关服务进行计费。

勾选“是”并签署此授权文件，即表示我理解并同意：

- 我在本同意书上签名即准许上述学校和/或学区/特许学校使用此学生和/或我的公共福利或保险信息来支付根据美国联邦法规第 34 篇第 300 节提供的服务，该法规中概述了根据《残疾人教育法》提供的特殊教育和相关服务；
- 我的签名是自愿的，并且服务无需依靠我的授权；
- 我的签名在被撤销之前一直有效；
- 我可以通过写信给发起机构来随时撤销我的批准，该撤销将在收到后有效，但将不会影响在收到此类撤销之前采取的行动；
- 我有权要求学区或特许学校提供并从其处获得已经提供给 Medicaid 的记录副本；以及
- 我有权获得本同意书的副本。
- 要求使用这些资金不会影响此学生/您获得公平、适当的公共教育的权利，也不会使您或您的家庭支付费用。若表示同意，则将没有共付额，不会失去 Medicaid 资格，也不会影响终身 Medicaid 福利。

勾选“否”并签署此文件，即表示我拒绝使用这些资金。

- 我了解，我有权拒绝准许使用这些资金来支付根据美国联邦法规第 34 篇第 300 节提供的服务，这些服务是根据《残疾人教育法》提供的特殊教育和相关服务。

<input type="checkbox"/> 是，我准许学校与 Medicaid 共享此学生的教育和健康相关信息，包括账单信息。
<input type="checkbox"/> 否，我不准许学校与 Medicaid 共享此学生的教育和健康相关信息
签署人（仅勾选一项）： <input type="checkbox"/> 学生（如果年满 18 岁） <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 看管人
学生签名（如果年满 18 岁）_____
印刷体姓名：_____ 日期：_____
父母/监护人签名（如果学生未满 18 岁）：_____
印刷体姓名：_____ 日期：_____