特殊教育Medicaid舉措(SEMI)家長同意書

_____學區

本學區參加了特殊教育Medicaid舉措（英文名稱為Special Education Medicaid Initiative，簡稱SEMI）計畫，可以向Medicaid收取為學生提供服務的費用。

根據家庭教育權利和隱私法案34 CFR 999.30以及IDEA B部分的第617節，34 CFR §300.622中對同意的規定，要求在獲取公共福利之前獲得一次性同意。

根據本同意書，學區可以出於得到Medicaid給付的目的，向Medicaid和財政廳披露您子女的身分識別資訊，例如學生記錄或向您子女所提供服務的相關資訊，包括您子女的個人化教育計畫(IEP)中規定的評估與服務（職能治療、物理治療、言語治療、心理輔導、聽力、護理和專業運送）。

作為該兒童的下述家長/監護人，我特此同意按上述方式披露資訊，而且我瞭解並同意Medicaid可能獲得我子女或我本人的公共福利或公共保險，以按照第300部分支付特殊教育或相關服務（IDEA項下的服務）費用。我瞭解，無論我是否有資格享受Medicaid或是否同意SEMI收費，學區都必須按照我子女的IEP向他或她提供服務。

我瞭解，學區收取這些服務的費用並<u>不會</u>影響我在學校之外為我子女獲得這些服務的能力，也不會讓我的家庭承擔任何費用，包括共付額、免賠額、失去資格或影響終生福利。

兒童姓名：_____

兒童出生日期：_____/_____/_____

家長/監護人：

_____

日期：_____/_____/_____

我同意收取SEMI費用：　　是　☐
　　否　☐

可以隨時透過書面聯繫您子女的個案主管或您子女就讀學校的行政管理人員，撤回本同意書。

2017 年 10 月