

**马萨诸塞州學生家長通知：允許學區
獲取麻州健保（醫療補助計畫）福利的一次性同意書**

學區名稱和代碼：Woburn Public Schools 0347

學校/學區聯絡信息：Michael R. Baldassarre, Ed.D. mbaldassarre@woburnps.com 781-937-8233

尊敬的家長/監護人：

本信函旨在征求您的許可（也稱為“同意”）與麻州健保（MassHealth）分享有關您孩子的信息。马萨诸塞州的當地社區已獲批准，可在學區為您孩子（們）所提供的某些與保健有關的服務費用方面從麻州健保得到一部分補償。為使您的社區能夠拿回一部份服務費用，學區需要與麻州健保分享有關您孩子的以下信息：姓名，出生日期，性別，所提供的服務種類、服務時期和服務提供商以及麻州健保ID。

經您許可，學區將能夠就麻州健保所提供的服務尋求部分補償，包括一次聽力檢查或眼科檢查，一次學校體檢，職業、言語治療或物理療法，在某些情況下去看校醫，以及學校社會工作者或心理學家提供的諮詢服務，等等。學區每年都將向您提供有關您許可的通知，但您不需要每年簽署表格。

未經您的許可，學區不得與麻州健保分享有關您孩子的信息。當您考慮是否給予許可時，請注意以下事項：

1. 學區不能為了使您孩子接受那些您孩子有權獲得的與保健相關的服務和/或特殊教育服務而要求您參加麻州健保。
2. 學區不能要求您為那些與孩子的保健相關的服務和/或特殊教育服務支付任何費用。這意味著，學區不能要求您支付掛號費或自負額以便向麻州健保收取所提供服務的費用。學區可以同意支付掛號費或自負額，如預計有任何此類費用的話。
3. 如果您給予學區以許可，準許與麻州健保分享信息並要求從麻州健保得到補償的話：
 - a. 這不會影響到您孩子可以享用的終身保險或其他的麻州健保福利，也不會以任何方式限制您家人在校外享用麻州健保福利。
 - b. 您的許可不會以任何方式影響到您孩子享有特殊教育服務或個別化教育計劃的權利，如果您孩子有資格接受這類服務的話。
 - c. 您的許可不會為您孩子的麻州健保權利帶來任何變化；以及
 - d. 您不會因為給予許可而導致失去其他醫療補助計畫（Medicaid）或麻州健保資助計劃的資格。
4. 如果您給予許可的話，您有權在任何時候改變主意並收回您的許可。
5. 如果您收回許可或拒絕允許學區與麻州健保分享您孩子的記錄和信息以獲取服務費用補償的話，學區將繼續負責為您的孩子提供免費服務。

我已讀過並理解本通知。我所有的問題都已得到答復。我給予學區以許可，在必要情況下與麻州健保分享有關我孩子（們）及其健康相關服務的記錄和信息。我理解這將有助於我們社區從麻州健保所涵蓋的服務中得到部份補償。

家長/監護人簽名： _____

日期： _____

孩子姓名：	出生日期：	SASID # (學區填寫)：
孩子姓名：	出生日期：	SASID # (學區填寫)：
孩子姓名：	出生日期：	SASID # (學區填寫)：
孩子姓名：	出生日期：	SASID # (學區填寫)：

Add More children