

BALTIMORE 縣公立學校

Joe A. Hairston, 教育總監

6901 Charles Street

Towson, Maryland 21204-3711

尊敬的家長或監護人：

Baltimore縣公立學校很高興能為您的孩子提供特殊教育服務。為了使本學區的特殊教育服務維持在最高水準，我們請您給予協助。對於為您孩子提供的服務，Baltimore縣公立學校可以請醫療補助計畫支付服務費用。為了獲得醫療補助計畫經費撥款，Baltimore縣公立學校須提供您孩子的教育記錄資訊，這些資訊涉及本學年內為其提供的特殊教育及相關服務。根據聯邦法律，這些記錄屬於機密資訊；若無您的同意，不得對外透露。您的家庭不會因我們向該計畫申請服務經費而承擔任何費用，您的醫療補助計畫福利也不會因此而受任何影響或改變。您的同意將有助於Baltimore縣公立學校獲得經費撥款，用於幫助有特殊需求的兒童。

BALTIMORE縣公立學校有義務免費為您提供服務。因此，即使您對我們申請服務經費之請求拒絕表示同意，也不會使您孩子所享受的服務遭到拒絕。

即使您的孩子不享受醫療補助計畫福利，也請您填寫下列表格，並將它交給您孩子的學校，以表示您對有關個案管理員之認可。所有這些資訊都將得到保密，並僅用於申請醫療補助計畫服務經費，以便支付為您孩子所提供的服務。

我們感謝您的合作。如您有任何疑問，請聯絡**第三方付款辦事處**，電話號碼是**410-887-4130**，或者聯絡您孩子的學校。

此致

校長

學生姓名： _____

學生的社會安全號碼： _____

學校名稱： _____

學生的出生日期： _____

學校地址的 4 位數號碼： _____

學生醫療補助計畫號碼** (MA#)

** 統一管理醫療保健組織(MCO)的醫療補助計畫號碼可在健康保險卡上找到；分類組別如下：

Amerigroup- 醫療補助方案號碼

Helix Family Choice- MA 計畫成員號碼

Jai Medical Systems- 計畫成員號碼

United Health Care- MA 計畫成員號碼

Diamond Plan- 州計畫成員號碼

Maryland Physicians Care- MA 計畫成員號碼

Priority Partners- 參與成員號碼

_____ 個案管理員

_____ 替代個案管理員

_____ 第二位替代個案管理員

請選擇適用於您情況的一個選項。

學生已改換：

- 學校 (由新學校提交)
- 個案管理員

本人在下面的的簽名表示我同意讓我的孩子接受個案管理服務，並同意讓有關的個案管理員管理我孩子的上述個案。我同意BALTIMORE 縣公立學校向醫療補助計畫申請服務經費，用於支付個案管理服務及相關服務之費用（此類相關服務係依照特殊教育計畫(IEP)規定而提供，也是達到特殊教育計畫各項目標所必需的）。此同意書適用於本學年所提供的服務。本人也同意為修正特殊教育計畫所作的上述更改，並同意學校對特殊教育計畫所作的更新。

_____ 家長或監護人簽名

_____ 日期

以下僅供第三方付款辦事處填寫：

ACTIVE IEP: _____
Date

NO/ENDED IEP: _____ / _____
Date Date

Valid MA# _____

In-Active MA# _____ / _____

Invalid MA# _____ / _____

Invalid SS# _____ / _____

State Funded _____

Invalid Name Code _____