

# 볼티모어 카운티 공립학교

교육감 Joe A. Hairston

6901 Charles Street

Towson, Maryland 21204-3711

학부모/보호자님께,

볼티모어 카운티 공립학교에서는 귀하의 자녀에게 특수 교육 서비스를 제공하게 된 것을 기쁘게 생각합니다. 최우수 품질의 특수 교육 서비스를 유지하기 위해 귀하께 지원을 요청 드리고자 합니다. 볼티모어 카운티 공립학교에서는 귀하의 자녀에게 제공되는 서비스에 대해 의료보험 지원보험료(Medical Assistance)를 요청할 수 있습니다. 의료지원 보험료를 받기 위해 볼티모어 카운티 공립학교에서는 귀댁 자녀의 교육기록에서 학기 중에 제공된 특수 교육 및 관련 서비스에 대한 정보를 공개해야 합니다. 이 기록은 연방법에 따른 기밀 사항이므로 귀하의 동의 없이는 공개할 수 없습니다. 이 지원 요청으로 인해 귀댁에 부가되는 비용은 전혀 없으며 귀하의 의료 보험 혜택에 영향이 미치거나 변동을 초래하지도 않습니다. 귀하의 동의를 통해 볼티모어 카운티 공립학교는 특별한 도움이 필요한 아동을 위한 기금을 마련할 수 있습니다.

의료보험료 청구에 동의하지 않더라도 귀하의 자녀에 대한 서비스는 그대로 유지되며, 이는 볼티모어 카운티 공립학교에서 귀하께 무상으로 서비스를 제공해야 할 의무를 갖고 있기 때문입니다.

자녀가 의료 보험에 가입되어 있지 않은 경우라도 이 양식을 작성하고 자녀의 학교에 제출하여 케이스 관리자를 승인해 주십시오. 모든 정보에 대해서는 기밀이 유지되며, 귀하의 자녀에게 제공되는 서비스에 대한 의료 보험료의 청구 목적으로만 정보가 사용됩니다.

협조에 감사 드리며, 궁금한 사항이 있으시면 언제든지 **청구 업무 지원 회사 사무실(Office of Third Party Billing), 410-887-4130** 또는 자녀의 학교로 문의해 주십시오.

감사합니다.

교장

학생 이름: \_\_\_\_\_

학생 사회보장번호: \_\_\_\_\_

학교 이름: \_\_\_\_\_

학생 생일: \_\_\_\_\_

4 자리 학교 위치번호: \_\_\_\_\_

학생 의료 지원 보험 번호\*\*(MA#)

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**\*\*의료보험관리기구(MCO)에 따라 건강 보험 카드의 다음 범주에서 의료 보험 번호를 찾을 수 있습니다.**

Amerigroup- Medicaid #

Helix Family Choice- MA ID#

Jai Medical Systems- Member ID#

United Health Care- MA ID#

Diamond Plan- State ID#

Maryland Physicians Care- MA#

Priority Partners- Recipient ID#

케이스 매니저 \_\_\_\_\_

대리 케이스 관리자 \_\_\_\_\_

2차 대리 케이스 관리자 \_\_\_\_\_

해당될 경우 한 곳에 표기하십시오.

학생이 변경한 사항

- 학교 (새 학교에 제출)
- 케이스 매니저

서명을 통해 저희 아이가 케이스 관리 서비스를 받을 수 있도록 허가하고 위에 명시된 저희 아이의 케이스 관리자를 승인합니다. 저는 개별 교육 프로그램(IEP)에 명시된 서비스에 따라 제공되는 IEP 목표 달성에 필요한 케이스 관리 및 관련 서비스에 대한 볼티모어 카운티 공립학교의 의료보험료를 청구하는데 동의합니다. 이 동의는 본 학년도 중에 제공되는 서비스에 대한 것이며, IEP 개정에 따라 상기 변경 사항에 동의하고, 학교측의 IEP 업데이트에 동의합니다.

학부모/보호자 서명

날짜

**For the Office of Third Party Billing use only(청구업무지원 회사용):**

ACTIVE IEP: \_\_\_\_\_  
Date

NO/ENDED IEP: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Date Date

Valid MA#  \_\_\_\_\_

In-Active MA#  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Invalid MA#  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Invalid SS#  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

State Funded  \_\_\_\_\_

Invalid Name Code  \_\_\_\_\_