



SAGLASNOST ZA KORIŠTENJE MO HEALTHNET/MEDICAID

IME DJETETA	DATUM ROĐENJA	MEDICAID BROJ	MEDICAID DATUM POČETKA	DATUM ZAVRŠETKA
UPUTSTVA				
<p>Roditelji moraju dati svoju saglasnost prije nego što lične identifikacijske informacije budu objavljene u MO HealthNet/Medicaid kako bi se fakturisale usluge za program First Steps.</p> <p>Kopija polise za sistem plaćanja First Steps dostavljena je roditeljima prije nego što se dobije njihova saglasnost za korištenje Medicaida kao pomoć u plaćanju usluga za program First Steps i prije saglasnosti za dobijanje usluga programa First Steps.</p> <p>Uz saglasnost roditelja, Medicaid će pomoći u plaćanju za sljedeće usluge programa First Steps: procjena razvoja male djece (DAYC), uređaji za pomoćnu tehnologiju, audiologija, savjetovanje, zdravlje, medicina, njega, profesionalna terapija, fizikalna terapija, psihologija, socijalni rad, govorna/jezička patologija i vid.</p> <p>Roditelji moraju staviti datum i potpisati ovaj formular i zatim ga vratiti koordinatoru usluge prije nego što se Medicaid može koristiti kao pomoć u plaćanju usluga za program First Steps. Dole su navedene informacije za kontakt sa koordinаторom usluge.</p>				
SAGLASNOST				
<p>Potvrđujem da sam primio/la kopiju polise za sistem plaćanja First Steps. Nakon što sam pregledao/la polis, izabrao/la sam sljedeću opciju:</p> <p><input type="checkbox"/> Dajem svoju saglasnost za korištenje Medicaida <input type="checkbox"/> Odbijam dati svoju saglasnost za korištenje Medicaida</p> <p><input type="checkbox"/> NA, nemam Medicaid</p>				
POTPIS RODITELJA			DATUM POTPISA RODITELJA	
ŠAMPANO IME RODITELJA				
KOORDINATOR USLUGE				
IME KOORDINATORA USLUGE I ADRESA			BROJ TELEFONA KOORDINATORA USLUGE	
POTPIS PREDSTAVNIKA AGENCIJE			DATUM PRIJEMA OD STRANE AGENCIJE	

Odsjek za osnovno i srednje obrazovanje u svojim programima i aktivnostima ne diskriminira djecu na osnovu rase, boje kože, religije, spola, porijekla, dobi ili sposobnosti. Upiti vezani za programe odsjeka i za lokaciju usluga, aktivnosti i institucija koje su dostupne osobama sa invaliditetom, mogu se direktno uputiti na Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; telefon 573-526-4757 ili TTY 800-735-2966; e-pošta civilrights@dese.mo.gov.