



미주리주 초등 및 중등 교육부

특수교육국-퍼스트 스텝 프로그램

MO HEALTHNET/MEDICAID 사용 동의서



아동명	생년월일	메디케이드 번호	메디케이드 시작일	작성일
-----	------	----------	-----------	-----

지침

퍼스트 스텝 서비스 요금을 청구하기 위해 개인 식별정보를 MO HealthNet/ Medicaid에 배포하기 전 부모의 동의가 있어야 합니다.

메디케이드를 사용하여 퍼스트 스텝 서비스 요금을 지불하는 것에 대한 부모의 동의를 얻고 또한 퍼스트 스텝 서비스 제공에 관한 동의를 얻기 전, 먼저 **퍼스트 스텝의 납부체계 정책** 사본을 부모에게 제공합니다.

부모의 동의 하에 메디케이드는 다음과 같은 퍼스트 스텝 서비스에 대한 요금을 지원합니다.

아동의 발달 심사 (DAYC), 보조공학기기, 청각, 카운셀링, 건강, 의료, 간호, 작업치료, 물리치료, 심리, 사회복지, 말하기/언어치료 병리, 시각.

부모는 메디케이드를 사용하여 퍼스트 스텝 서비스 요금을 지불하기 전에 이 양식에 서명과 날짜를 기입하여 서비스 코디네이터에게 반송해야 합니다. 서비스 코디네이터의 연락처 정보는 아래 나와 있습니다.

동의

본인은 **퍼스트 스텝의 납부체계 정책** 사본을 수신했음을 확인합니다. 정책 검토 후, 다음의 옵션을 선택합니다.

- 메디케이드 사용에 동의 메디케이드 사용 동의 거부
- 해당 없음. 메디케이드에 등록되어 있지 않음

부모 서명	부모 서명일
-------	--------

부모 성명

서비스 코디네이터

서비스 코디네이터 성명 및 주소	서비스 코디네이터 전화번호
-------------------	----------------

기관 대표 서명	기관 수신일
----------	--------

초등 및 중등 교육부는 프로그램과 활동에서 인종과 색상, 종교, 성별, 국적, 연령, 장애에 기초하여 차별을 하지 않습니다. 프로그램국과 장애인이 접근할 수 있는 서비스와 활동, 시설의 위치와 관련된 문의는 아래 연락처로 직접 문의하십시오. 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; 전화번호 573-526-4757 또는 TTY 800-735-2966; 이메일 civilrights@dese.mo.gov.