



### 同意使用密蘇里州保健網/醫療補助計畫

孩子姓名	出生日期	醫療補助計畫編號	醫療補助計畫開始日期	完成日期
------	------	----------	------------	------

#### 說明

在將個人識別資訊發佈至密蘇里州保健網/醫療補助計畫，用於支付人生起步服務之前，必須獲得家長同意。

在得到使用醫療補助計畫支付人生起步服務的同意之前，以及在得到接受人生起步服務的同意之前，我們已向家長提供了《人生起步支付系統保險單》的副本。

得到家長的同意後，醫療補助計畫將用來說明支付以下人生起步服務：

**兒童發育評估 (DAYC)、輔助技術設備、聽力學、諮詢服務、保健、醫療、護理、職業治療、物理療法、心理學、社會工作、語音/語言病理學和願景展望。**

家長必須在本表格上簽名並署上日期，然後在醫療補助計畫能用來為人生起步服務進行支付之前，將本表送還至服務協調員。服務協調員的聯絡資訊如下：

#### 同意

本人保證上述資訊自簽署日開始準確無誤。我確認已收到《人生起步支付系統保險單》的副本。在查閱了保險單後，我選擇以下選項：

- 我同意使用醫療補助計畫
- 我不同意使用醫療補助計畫
- 不適用，我沒有醫療補助計畫

家長簽名	家長簽名日期
------	--------

家長印刷體姓名
---------

#### 服務協調員

服務協調員姓名與位址	服務協調員電話號碼
------------	-----------

機構代表簽名	機構收到的日期
--------	---------

中小學教育部不會因種族、膚色、宗教、性別、國籍、年齡或殘疾等原因，在其計畫或活動中給予歧視。如要查詢部門計畫的相關資訊，以及殘疾人員所能參與享用的服務、活動以及設施的所在地點，請直接向傑弗遜政府辦公大樓，法律顧問辦公室，民權合規協調員（《年齡法案 504 條殘疾人員 (ADA)》第六款與第九款）進行諮詢，位址：6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O.Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480；電話：573-526-4757 或電傳打字機：800-735-2966；電郵：[civilrights@dese.mo.gov](mailto:civilrights@dese.mo.gov)。