



ミズーリ州ヘルスネット/メディケイド利用の同意

お子様の名前	生年月日	メディケイド番号	メディケイド開始日	記入日
--------	------	----------	-----------	-----

手順

ファーストステップサービスに請求するためには、ミズーリ州ヘルスネット/メディケイドに個人特定情報を引き渡す前に、保護者の同意が必要です。

First Steps System of Payments Policy (ファーストステップの決済システムの方針) の写しを保護者にお渡ししてから、ファーストステップサービス支払いを補助するためのメディケイド利用のため、かつファーストステップサービスのための同意を得ます。

保護者の同意があれば、メディケイドは以下のファーストステップサービスを支払うのに役立ちます。幼児の発達上の評価 (DAYC)、支援技術の用具、聴力、カウンセリング、健康、医療、看護、作業療法、理学療法、心理学、ソーシャルワーク、言語聴覚療法、視力

メディケイドをファーストステップサービス支払いの補助として利用するには、保護者は必ず事前にこの用紙に署名し日付を書き込んでから、サービス・コーディネーターまで提出してください。サービス・コーディネーターの連絡先情報は以下に記載されています。

同意

私は、**First Steps System of Payments Policy** (ファーストステップの決済システムの方針) の写しを受け取ったことを確認します。この方針を読んだ後で、以下の選択肢を選びました。

- メディケイド利用に同意する
- メディケイド利用に同意しない
- メディケイドはなく、該当しない

親の署名	親の署名日
親の名前 (英語の活字体で)	

サービス・コーディネーター

サービス・コーディネーターの名前と住所	サービス・コーディネーターの電話番号
機関代理人の署名	機関での受領日

初等・中等教育省はプログラムや活動で、人種、肌の色、宗教、性別、出身国、年齢または障害の有無に基づいて差別することはありません。教育省のプログラムおよび障害がある人にアクセス可能なサービス、活動と施設の場所に関しては、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、電話番号 573-526-4757 または TTY (テレタイプライター) 800-735-2966、電子メール civilrights@dese.mo.gov までお問い合わせください。