



## СОГЛАСИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ HEALTHNET/MEDICAID

ИМЯ РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР MEDICAID	ДАТА НАЧАЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ MEDICAID	ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ
-------------	---------------	--------------------------------	--	-----------------

### ИНСТРУКЦИИ

Для использования персональных данных в HealthNet/Medicaid, шт. Миссури, и выдачи счета за участие в программе «First Steps», необходимо получение согласия одного из родителей.

Перед тем как родитель даст согласие на использование системы Medicaid для оплаты услуг программы «First Steps», а также участие в ней, он получает экземпляр документа «**Политика программы «First Steps» в отношении системы оплаты**».

Получив согласие одного из родителей, Medicaid может оплатить следующие услуги, предоставляемые в рамках программы «First Steps»:

**оценка развития ребенка младшего возраста (DAYC), ортопедические и реабилитационные устройства, сурдология, психологическое консультирование, услуги здравоохранения, медицинское обслуживание, уход за ребенком, трудовая терапия, физиотерапия, услуги врача-психолога, социальная работа, помощь при патологии речи/языка, услуги окулиста.**

Для того, чтобы Medicaid оплатила услуги в рамках программы «First Steps», родитель должен подписать эту форму, указать дату и вернуть ее соответствующему координатору. Контактная информация координатора услуг указана ниже.

### СОГЛАСИЕ

Я подтверждаю, что получил(а) экземпляр документа «**Политика программы «First Steps» в отношении системы оплаты**». После ознакомления с ним я выбираю следующее:

- Я даю согласие на использование системы Medicaid
- Я отказываюсь от использования системы Medicaid
- Неприменимо, у меня нет Medicaid

ПОДПИСЬ ОТЦА/МАТЕРИ	ДАТА ПОДПИСИ ОТЦА/МАТЕРИ
РАСШИФРОВКА ПОДПИСИ	

### КООРДИНАТОР УСЛУГ

ИМЯ И АДРЕС КООРДИНАТОРА УСЛУГ	ТЕЛЕФОН КООРДИНАТОРА УСЛУГ
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ АГЕНТСТВА	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ДОКУМЕНТА АГЕНТСТВОМ

Управление начального и среднего образования не проводит дискриминацию на основании расовой принадлежности, цвета кожи, религиозных убеждений, пола, национального происхождения, возраста или неспособности принимать участие в ее программах и деятельности. Запросы относительно программы, реализуемых управлением, мест, где оно осуществляет свою деятельность, предоставляет услуги, а также возможности обслуживания людей с ограниченными физическими возможностями направляйте в администрацию Джефферсон-сити, офис Генерального совета, координатору по вопросам соблюдения гражданских прав (Статья VI / IX / Раздел 504 / Закон об американских гражданах с ограниченными физическими возможностями / Закон о возрастной дискриминации), 6-ой этаж, ул. Джефферсон-стрит 205, почтовый ящик 480, Джефферсон-сити, шт. Миссури 65102-0480; по телефону 573-526-4757 или телетайпу 800-735-2966; эл. почте [civilrights@dese.mo.gov](mailto:civilrights@dese.mo.gov).