

Consentimiento para la divulgación de información para acceder al reembolso de Medicaid por servicios de soporte relacionados con la salud

DISTRITO ESCOLAR: _____

Nuestro distrito escolar continúa participando en un sistema por el cual el programa Medicaid del gobierno federal reembolsa a los distritos escolares locales una parte de los costos de los servicios de educación especial relacionados con la salud proporcionados a niños elegibles para Medicaid. Bajo este sistema, su hijo sigue recibiendo servicios sin costo alguno para usted. Esta iniciativa simplemente nos ayuda a optimizar los fondos federales para apoyar la educación local, así como a compensar algunos de los costos de la educación especial pagados con los impuestos locales. La información que permita voluntariamente que se divulgue al completar este formulario de consentimiento solamente será utilizada para los fines identificados. Nuestro distrito ha contratado los servicios de MSB™ para administrar de forma confidencial nuestro programa Medicaid.

Complete la información de abajo, firme el formulario y regréselo a la dirección que se indica.

PADRE/MADRE/TUTOR: _____

(Nombre del padre, la madre o la persona con relación parental)

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: _____

(Nombre)

(Inicial del segundo nombre)

(Apellido)

FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE: _____

Como padre/madre/tutor del niño mencionado anteriormente, doy permiso para que el distrito escolar divulgue información de identificación personal de los servicios de soporte relacionados con la salud en el Plan de Educación Individualizada (IEP) de mi hijo a los distritos escolares y a sus designados, y a representantes administrativos estatales y federales de Medicaid, con el único propósito de solicitar el reembolso de MEDICAID por servicios de soporte relacionados con la salud cubiertos en el IEP de mi hijo. Entiendo y acepto que el Distrito Escolar puede acceder a mis beneficios de Medicaid o a los de mi hijo para pagar los servicios de soporte relacionados con la salud en el IEP de mi hijo.

Este permiso es para cualquier momento en que mi hijo sea elegible para Medicaid y en el caso de que mi hijo se convierta en elegible para Medicaid en el futuro con el propósito de la divulgación de la información relativa a los servicios indicados por el IEP. También entiendo que si me niego a dar mi consentimiento para la divulgación de esta información, mi negativa no exime al Distrito Escolar de su responsabilidad de proporcionar sin costo alguno para mí los servicios indicados por el IEP (34 C.F.R. §300.154 (2013)). También entiendo que este consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento, pero que tal revocación no es retroactiva (34 C.F.R. §300.9 (2006)).

Firma: _____

(Padre, madre o persona con relación parental)

Fecha: _____

(Mes/Día/Año)

Regrese este formulario a: _____