

Consentimiento para la divulgación de información

School District Name

—REEMBOLSO DE MEDICAID—

Nombre del estudiante:

ID del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Nombre de la escuela:

Solicitud:

El distrito solicita su consentimiento para divulgar información sobre su hijo al solicitar un reembolso de Medicaid por los costos de la evaluación de salud y/o de los servicios del IEP (siglas en inglés del Plan de Educación Individualizada). Esta información incluye datos personales básicos, documentos que detallan la discapacidad de su hijo o los motivos por los cuales se sospecha una discapacidad, y la determinación de las evaluaciones y/o servicios necesarios. Según la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), la información solamente podrá divulgarse con el consentimiento de los padres. Al dar su consentimiento, usted ayudará al distrito a proporcionar servicios de salud adicionales para todos los estudiantes.

Derechos:

- El distrito no requerirá que usted se inscriba en Medicaid para que su hijo pueda recibir servicios de educación especial u otras adaptaciones o servicios relacionados con la discapacidad.
- El distrito no requerirá que asuma gastos que surjan al solicitar una reclamación por servicios. El distrito pudiera pagar el costo que de otra manera usted estaría obligado a pagar.
- El distrito no utilizará los servicios de Medicaid si esto pudiese: (1) Reducir la cobertura vitalicia disponible o cualquier otro beneficio asegurado; (2) Resultar en cualquier costo para su familia; (3) Aumentar el monto de las primas o provocar la interrupción de los beneficios o el seguro; o (4) Arriesgarse a perder la elegibilidad de su hijo para las exenciones basadas en el hogar y la comunidad, según los gastos de salud agregados.
- Usted no está obligado a otorgar su consentimiento, y en caso de rehusarse a hacerlo, esto no impedirá que su hijo reciba servicios de educación especial u otras adaptaciones o servicios relacionados con la discapacidad a cuenta del distrito. Usted tiene derecho a recibir un aviso anual sobre sus derechos.

Anulación del consentimiento:

- El consentimiento es voluntario, y usted podrá retirarlo en cualquier momento. Sin embargo, si retira el consentimiento, la anulación no será retroactiva (es decir, no anulará las acciones ocurridas luego de haber otorgado el consentimiento y antes de haberlo retirado).

AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo al distrito a divulgar la información necesaria de los registros educativos del niño mencionado arriba a fin de solicitar un reembolso de Medicaid por cualquier evaluación de salud para la cual haya otorgado mi consentimiento. Comprendo y acepto que el distrito podrá tener acceso a los beneficios públicos o al seguro del niño mencionado arriba para pagar cualquier servicio de salud correspondiente a la Parte 300 o Parte 104 del Título 34 del Código de Regulación Federal y mencionado en cualquier IEP/IFSP, Plan de Cuidado de Salud, Plan de Sección 504, Plan de Servicios, Plan de Intervención de Conducta, o cualquier documento de planes que yo haya firmado, o para el cual haya otorgado mi consentimiento por escrito. Comprendo que este consentimiento estará en vigor de manera permanente a menos que lo anule por escrito.

Sí **No** Autorizo al distrito a divulgar la información necesaria para solicitar el reembolso de Medicaid.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha dd/mm/aaaa

Envíe el formulario completo al departamento de Medicaid de la escuela

20 de mayo de 2020