



Educación para estudiantes excepcionales
Consentimiento de los padres para

divulgar información de identificación personal para el reembolso de Medicaid

Nuestro distrito escolar desea solicitar el reembolso de ciertos servicios proporcionados a su hijo al acceder a Medicaid. Debemos obtener su consentimiento informado por escrito con el fin de divulgar cierta información relacionada con la solicitud de reembolso de Medicaid. El reembolso de Medicaid ayuda al distrito escolar a financiar los costos de brindar educación especial, servicios relacionados y cualquier otro servicio permitido por Medicaid.

Servicios del Plan Educativo Individual (IEP)

La Ley de Educación para Personas con Discapacidades de 2004 (IDEA) permite que los distritos escolares soliciten el reembolso de Medicaid por los servicios prestados en la escuela (Título 34, sección 300.154 (d) (2) (iv) (A) - (B), Código de Regulaciones Federales [CFR]).

Servicios que no son del IEP Los

distritos escolares también pueden solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios prestados bajo la regla de Medicaid del Código Administrativo de Florida para servicios escolares (Regla 59G-4.035).

Consentimiento otorgado o denegado (lea, ponga sus iniciales y firme y feche en la parte inferior):

Entiendo y doy mi consentimiento al distrito escolar para compartir información sobre mi hijo con la Agencia Estatal de Medicaid (Agencia Estatal de Florida para la Administración de Atención Médica) , su agente fiscal y el agente de facturación de Medicaid del distrito escolar o el facilitador de facturación del distrito escolar para verificar la elegibilidad de Medicaid, solicitar el reembolso de Medicaid y satisfacer las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo. Entiendo que puedo retirar este consentimiento para divulgar información para reembolso de Medicaid en cualquier momento. Entiendo que si me niego a dar mi consentimiento o retiro este consentimiento, el distrito escolar continuará brindando todos los servicios necesarios para recibir una educación adecuada sin cargo para mi hijo de acuerdo con 34 CFR § 300.154 (d) (2) (v) (D) u otros servicios proporcionados fuera del IEP. Si se retira el consentimiento, entrará en vigencia en la fecha de retiro y no se divulgará información después de esa fecha.

La información compartida puede incluir el nombre de mi hijo, la fecha de nacimiento, la dirección, la discapacidad de educación especial primaria (si corresponde), el número de seguro social, el número de identificación de Florida Medicaid y el tipo y la cantidad de servicios de salud brindados, incluidas las horas y fechas en que se prestaron los servicios. previsto. Los servicios pueden incluir servicios de asistencia en la comunicación, servicios de fisioterapia, servicios de terapia ocupacional, servicios de terapia del habla, servicios de terapia del lenguaje y la audición, servicios del comportamiento, servicios de transporte y servicios de enfermería.

Los registros que se divulgarán o intercambiarán pueden incluir IEP, registros de evaluación y elegibilidad, registros y registros de terapia de servicios relacionados, registros de transporte, notas de progreso e informes o registros de enfermería.

Entiendo y NO doy mi consentimiento al distrito escolar para compartir información sobre mi hijo a fin de que el distrito escolar verifique la elegibilidad de Medicaid, solicite el reembolso de Medicaid y satisfaga las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha de la firma: _____

Nombre del padre / tutor: *(en letra de imprenta)* _____

Nombre completo del estudiante / niño: *(en letra de imprenta)* _____

Fecha de nacimiento del estudiante / niño: _____