

Consentimiento Para el Reembolso Escolar de Medicaid

Fecha:

Estudiante: ID del Distrito ID del Estado: Grado: Sexo:
Idioma Nativo: Etnicidad: Fec. Nac. Edad:
Distrito: Escuela: Teléfono:

EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE MEDICAID EN IDAHO BASADOS EN LA ESCUELA:

- Proporciona un reembolso parcial a los distritos escolares por educación especial relacionada con la salud y servicios relacionados tales como evaluaciones, terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermería, cuidado personal, orientación y movilidad, transporte médico especializado y servicios de tecnología asistencial.
- NO AFECTA a los beneficios del seguro de Medicaid de una familia o de un niño y NO HAY costo para la familia ahora o en el futuro.
- Ayuda a los distritos escolares de Idaho a compensar algunos de los costos de la atención médica proporcionada a los niños.
- Es voluntario y requiere que los padres/guardianes den consentimiento por escrito para divulgar información sobre su hijo a un agente de facturación de Medicaid para obtener el reembolso. Esta información puede incluir evaluaciones actuales o pasadas, los IEP actuales o pasados, las fechas de asistencia a la escuela y las notas de progreso de las personas que proveen los servicios basados en la escuela.

NO DOY consentimiento para que el Distrito Escolar facture a Medicaid por los servicios cubiertos en el programa de educación de mi hijo.

DOY consentimiento para que el Distrito Escolar facture a Medicaid por los servicios cubiertos en el programa de educación de mi hijo. Yo autorizo al Distrito Escolar para divulgar información al agente de facturación de Medicaid para verificación de elegibilidad, facturación y auditoría con respecto a los servicios basados en la escuela relacionados con la salud que se brindan a mi hijo.

Nombre del estudiante tal como aparece en la tarjeta de Medicaid:

ID Medicaid del estudiante:

ENTIENDO Y RECONOZCO LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES FEDERALES:

34 CFR 300.154(d)(2)(iv)

- He recibido una notificación por escrito del Distrito Escolar que explica mis derechos federales con respecto al uso de beneficios o seguro públicos para pagar los servicios escolares que se proporcionan a mi hijo que son identificados en el IEP de mi hijo o IFSP.
- Sólo necesito dar permiso una vez, y se me informará anualmente de mis derechos.
- Puedo solicitar una copia de los archivos de mi hijo que se compartan con el agente de facturación de Medicaid.
- Puedo retirar mi permiso por escrito en cualquier momento por notificar a
- Si retiro mi permiso, se aplicará a cualquier facturación de servicios escolares a partir de esa fecha y todos los servicios identificados en el IEP o IFSP de mi hijo seguirán siendo proporcionados sin costo para mí.

ENTIENDO QUE ANTES DE QUE EL DISTRITO ESCOLAR PUEDA OBTENER REEMBOLSO DE MEDICAID POR LOS SERVICIOS BASADOS EN LA ESCUELA RECIBIDOS POR MI HIJO, LOS REGLAMENTOS DEL ESTADO DE IDAHO REQUIEREN QUE EL DISTRITO ESCOLAR:

IDAPA 16.03.09.854.8

- Solicite el nombre del médico de atención primaria de mi hijo; y
- Solicite mi consentimiento por escrito para liberar y obtener información entre el médico de atención primaria de mi hijo y del Distrito Escolar.

DOY consentimiento por escrito para que el Distrito Escolar libere y obtenga información con el médico de atención primaria de mi hijo cuyo nombre es:

NIEGO proveer el nombre del médico de atención primaria de mi hijo y NO doy consentimiento por escrito al Distrito Escolar para liberar y obtener información con el médico de atención primaria de mi hijo. Comprendo que mi negación de dar el consentimiento no impide que el Distrito Escolar facture a Medicaid.

Firma del Padre/Guardian:

Fecha: