

Consentimiento de los padres para divulgar información de identificación personal para el reembolso de Medicaid

Distrito Escolar de _____

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 proporcionados en la escuela (Título 34, sección 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), Código de Regulaciones Federales [CFR]).

Servicios que no pertenecen al IEP

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

Consentimiento otorgado o denegado (lea, coloque sus iniciales y firme y feche al final):

____ **Entiendo y doy mi consentimiento** para que el distrito escolar comparta información sobre mi hijo con la Agencia Estatal de Medicaid (Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida), su agente fiscal y el agente de facturación de Medicaid del distrito escolar o el facilitador de facturación para 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 proporcionados a mi hijo. Entiendo que puedo retirar este consentimiento para divulgar información para el 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 requeridos para recibir una educación adecuada sin costo 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 Medicaid de Florida y el tipo y la cantidad de servicios de salud brindados, incluidas las horas y fechas en que se brindaron los servicios. Los servicios pueden incluir servicios de comunicación asistida, servicios de fisioterapia, servicios de terapia ocupacional, servicios de terapia del habla, servicios de terapia auditiva y del lenguaje, servicios del comportamiento, servicios de transporte y servicios de enfermería.

Los registros que se divulgarán o intercambiarán pueden incluir los IEP, registros de evaluación y elegibilidad, 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 con el fin de que el distrito escolar verifique la elegibilidad de Medicaid, solicite el reembolso de Medicaid y satisfaga las solicitudes de auditoría y revisión relacionados con los servicios proporcionados a mi hijo.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha firmado:** ____/____/____

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde): _____

Nombre Completo del Estudiante/Niño (letra de molde): _____

Fecha de Nacimiento del Estudiante/Niño: ____/____/____