

## **Consentimiento de los padres a liberar información personal identificable para el reembolso de Medicaid**

### **Distrito Escolar del Condado de Suwannee**

Las personas con discapacidad Educación Act 2004 (IDEA) permite que los distritos escolares a solicitar reembolso de Medicaid por los servicios prestados en la escuela. Nuestro distrito desea solicitar reembolso por determinados servicios prestados a su hijo mediante el acceso a Medicaid. IDEA requiere que obtenemos su consentimiento informado con el fin de liberar cierta información relacionada con búsqueda de reembolso de Medicaid. Reembolso de Medicaid ayuda a los costes de fondo del distrito escolar de educación especial y servicios relacionados.

*Consentimiento dado o negado: (por favor lea, inicial, signo y fecha en la parte inferior)*

\_\_\_ **Entiendo y doy mi consentimiento** del distrito para compartir información acerca de mi hijo con la Agencia Estatal de Medicaid (estado de Florida Agencia de administración de cuidado de la salud), su agente fiscal y Medicaid del distrito agente de facturación o facturación facilitador del distrito verificar la elegibilidad de Medicaid, buscar reembolso de Medicaid y satisfacer solicitudes de revisión de auditoría relacionados con los servicios prestados a mi hijo. Entiendo que si me niego a dar su consentimiento, mi negativa no exime al distrito escolar de su responsabilidad para proporcionar IEP requiere y otros servicios sin costo alguno para mí. Entiendo que puedo revocar esta autorización a divulgar información para la facturación de Medicaid en cualquier momento; Si revoco esta autorización, se aplicará a los servicios de facturación desde esa fecha en adelante.

La información compartida puede incluir el nombre de mi hijo, fecha de nacimiento, dirección, discapacidad educación especial primaria, número de identificación de Medicaid de Florida, número de Seguro Social y el tipo y cantidad de los servicios sanitarios proporcionados, incluyendo los tiempos y las fechas de que los servicios fueron prestados. Servicios pueden incluir servicios de comunicación asistencial, servicios de terapia física, servicios de terapia del habla, servicios de terapia de audición y lenguaje, servicios de terapia ocupacional, servicios de comportamiento, servicios de transporte, servicios de enfermería.

Los registros para ser liberado/intercambiado pueden incluir planes de educación individual (IEP), registros de evaluación y elegibilidad, terapia relacionados con el servicio registros y logs, logs de transporte, notas de progreso e informes y registros de enfermería.

\_\_\_ **No doy mi consentimiento** del distrito para compartir información acerca de mi hijo en orden del distrito para verificar la elegibilidad de Medicaid, solicitar reembolso de Medicaid y satisfacer a auditoría y revisar las solicitudes relacionadas con los servicios prestados a mi hijo.

Firma del padre/tutor: firmado de fecha \_\_\_: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre del padre/tutor (imprimido): \_\_\_

Nombre completo del alumno/niño (impreso): \_\_\_

Fecha del alumno/niño de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_