

**Consentimiento de los padres para revelar información personal identificable
con el fin de obtener el reembolso de Medicaid**

Distrito Escolar de _____

La Ley de Educación para Personas con Discapacidades de 2004 (IDEA) permite a los distritos escolares obtener el reembolso de Medicaid por servicios prestados en la escuela. Nuestro distrito escolar desea obtener el reembolso de Medicaid por ciertos servicios prestados a su hijo. IDEA requiere que obtengamos su consentimiento informado por escrito para fines de revelar cierta información relacionada con el reembolso de Medicaid. El reembolso de Medicaid ayuda al distrito escolar a sufragar los costos de proporcionar educación especial y servicios relacionados.

Consentimiento dado o denegado: (sírvese leer, escribir sus iniciales y la fecha, y firmar al pie de la página)

____ **Entiendo y doy mi consentimiento** al distrito para compartir información acerca de mi hijo con la Agencia Medicaid del estado (Agencia del Estado de Florida para la Administración del Cuidado de la Salud), su agente fiscal y el agente de facturación o el facilitador de facturación del distrito, con el fin de verificar su elegibilidad para recibir Medicaid, solicitar el reembolso de Medicaid y satisfacer las solicitudes de verificación y revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo. Entiendo que si rehúso dar el consentimiento, esto no releva al distrito escolar de su responsabilidad de proporcionar el IEP y otros servicios requeridos sin costo alguno para mí. Entiendo que puedo revocar este consentimiento para revelar información para la facturación de Medicaid en cualquier momento; si revoco este consentimiento, esto aplicará a la facturación de los servicios desde esa fecha en adelante.

La información compartida puede incluir el nombre de mi hijo, así como su fecha de nacimiento, dirección, la discapacidad primaria para recibir educación especial, el número de Seguro Social, el número de identificación de Medicaid de Florida, y el tipo y la cantidad de los servicios de salud provistos, incluyendo las veces y las fechas en que se prestaron los servicios. Los servicios pueden incluir servicios de comunicación asistida, servicios de fisioterapia, servicios de terapia del habla, servicios de terapia de audición y lenguaje, servicios de terapia ocupacional, servicios de comportamiento, servicios de transporte y servicios de enfermería.

Los expedientes que se proporcionarán o intercambiarán pueden incluir planes de educación individual (IEP), registros de evaluación y elegibilidad, expedientes y registros de servicios de terapia relacionados, registros de transporte, notas de progreso, y registros y expedientes de enfermería.

____ **No doy mi consentimiento** al distrito para compartir información acerca de mi hijo con el fin de verificar su elegibilidad para recibir Medicaid, solicitar el reembolso de Medicaid y satisfacer las solicitudes de verificación y revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo.

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha de la firma:** ____/____/____

Nombre del padre o tutor (en letra de molde): _____

Nombre completo del niño o estudiante (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento del niño o estudiante: ____/____/____