

**MUESTRA DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA VERIFICAR SI UN NIÑO TIENE UN NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE
CLIENTE O COBERTURA DE MEDICAID, Y PARA ACCEDER AL SEGURO
MEDICAID DE UN PADRE O DE UN ESTUDIANTE A FIN DE PAGAR
DETERMINADOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN EL PROGRAMA DE
EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADA DE UN ESTUDIANTE**

Estimado/a padre/madre/tutor de _____:

Por medio del presente, le solicitamos su permiso (consentimiento) para _____ facturar a su Programa de Seguro Medicaid o al de su hijo los servicios de educación especial y relacionados incluidos en el Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP) de su hijo, y le pedimos que nos proporcione el Número de Identificación de Cliente (Client Identification Number, CIN) de su hijo, o que nos permita obtener dicho número en caso de que usted no lo tenga.

Este consentimiento permite que el distrito escolar/condado le facture a Medicaid los servicios cubiertos relacionados con la salud y que revele información al agente de facturación de Medicaid del distrito escolar/condado para tal fin.

Yo, _____ el padre/la madre/el tutor de _____,
(Nombre del padre/de la madre en letra de imprenta) (Nombre del niño en letra de imprenta)

he recibido una notificación por escrito del distrito escolar/condado que explica mis derechos federales con respecto al uso del seguro o de beneficios públicos para pagar determinados servicios de educación especial y relacionados.

Entiendo y acepto que el distrito escolar/condado puede solicitar el Número de Identificación de Cliente (CIN), verificar la elegibilidad para Medicaid o acceder a Medicaid para pagar servicios de educación especial y relacionados que recibió mi hijo.

Entiendo que:

- Dar mi consentimiento no afectará mi cobertura de Medicaid ni la de mi hijo.
- Previa solicitud, puedo revisar copias de los registros revelados de conformidad con esta autorización.
- Los servicios enumerados en el IEP de mi hijo deben proveerse sin costo para mí, independientemente de que dé o deniegue mi consentimiento para facturar a Medicaid, o de que proporcione el CIN de mi hijo.
- Tengo el derecho de anular mi consentimiento en cualquier momento.
- El distrito escolar/condado debe proporcionarme una notificación anual por escrito sobre mis derechos en relación con este consentimiento.

También doy mi consentimiento para que el distrito escolar/condado revele la siguiente información o registros de mi hijo a la Agencia de Medicaid del Estado (State's Medicaid Agency) para verificar la elegibilidad para Medicaid o para facturar los servicios de educación especial y relacionados que están incluidos en el IEP de mi hijo. Se revelarán los siguientes registros:

Registros que se revelarán (p. ej., registros o información sobre los servicios que recibe su hijo, información demográfica del estudiante)

--

CIN del estudiante, si lo tiene: _____

Doy mi consentimiento de manera voluntaria y entiendo que puedo anular mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que el derecho de mi hijo a recibir servicios de educación especial y relacionados no depende en absoluto de que yo dé mi consentimiento y que, independientemente de cuál sea mi decisión sobre dar este consentimiento, le prestarán a mi hijo todos los servicios necesarios incluidos en su IEP, sin costo para mí.

Firma del padre/de la madre/del tutor: _____

Nombre en letra de imprenta

Fecha