

**Beacon City School District  
Committee on Special Education  
10 Education Drive  
Beacon, New York 12508  
Medicaid Consent**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El estudiante tiene un Número de Identificación de Cliente (CIN):  Si, no. CIN: \_\_\_\_\_  No

Este formulario es para pedir su permiso (consentimiento) de facturar al Programa de Seguro de Medicaid suyo y de su niño/a por educación especial y servicios relacionados que están en el Programa de Educación Individualizado (IEP).

Este consentimiento le permite al distrito de escuela a facturar por los servicios relacionados a la salud cubiertos y a divulgar información al Agente de Facturación de Medicaid del distrito de escuela para este propósito.

Yo, \_\_\_\_\_ como el padre/guardián de (primer nombre del estudiante) \_\_\_\_\_ (apellido del estudiante) \_\_\_\_\_, he recibido una notificación escrita del distrito de escuela que explica mis derechos federales sobre el uso de beneficios públicos o seguro a pagar por cierta educación especial y servicios relacionados.

Comprendo y acepto que el distrito de escuela pueda acceder Medicaid para pagar por educación especial y servicios relacionados provistos a mi niño/a.

Comprendo que:

- Proveer consentimiento no imparctará la cubierta de Medicaid mía o de mi niño/a;
- Al ser solicitados, yo puedo revisar copias de los récords divulgados conforme a esta autorización;
- Los servicios listados en el IEP de mi niño/a deben ser provistos sin costo adicional a mi independientemente de yo dar mi consentimiento o no a facturar a Medicaid;
- Tengo el derecho de retirar consentimiento en cualquier momento; y
- El distrito de escuela debe proveerme notificación anual escrita de mis derechos sobre este consentimiento.

También doy consentimiento al distrito de escuela a divulgar los siguientes récords/información sobre mi niño/a a la Agencia de Medicaid del Estado para facturar por educación especial y servicios relacionados que están en el IEP de mi niño/a. Los siguientes récords serán compartidos:

Récords a ser compartidos/divulgados (tal y como récords o información sobre los servicios que el menor recibe)	
IEP	Reporte de administración de medicamentos
Referido/orden escrita	Registro de transportación especial
Reportes de evaluación	Otra información de identificación personal
Notas de sesiones	Cualquier otra información específica relacionada a los servicios programa del estudiante

Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que el derecho de mi niño/a a recibir educación especial y servicios relacionados no es dependiente de ninguna manera a mi acción de dar consentimiento y que, independientemente de mi decisión de dar este consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi niño/a serán provistos a él/ella sin costo alguno

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY (PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE):**

*Form must be submitted to Mrs. DiCastro upon completion of form. If student has CIN number please make a copy of CIN card and attach to the form.*