

Consentimiento para la divulgación de información

Douglas County School District

Año escolar

—REEMBOLSO DE MEDICAID—

Nombre del estudiante:

ID del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Nombre de la escuela:

Solicitud:

El distrito solicita su consentimiento para la divulgación de información acerca de su hijo/a al solicitar a Medicaid el reembolso de los costos de la evaluación de salud y/o el servicio del período de evaluación inicial (IEP por sus siglas en inglés). Esta información incluye datos personales básicos, así como también los documentos que detallan la discapacidad de su hijo/a o los motivos por los cuales se sospecha de dicha discapacidad, así como también la determinación de las evaluaciones y/o los servicios necesarios. Según la Ley de derechos educativos y privacidad de la familia (Family Educational Rights and Privacy Act – FERPA), dichos datos solo podrán divulgarse con el consentimiento de los padres. Al otorgar su consentimiento, ayudará al distrito a proporcionar servicios de salud adicionales para todos los estudiantes.

Derechos:

- El distrito no le exigirá que se inscriba en Medicaid para que su hijo/a pueda recibir servicios de educación especial.
- El distrito no le exigirá que asuma costos directos que surjan de la solicitud de servicios. El distrito podrá pagar el costo que usted estaría obligado a pagar de otro modo.
- El distrito no utilizará los servicios de Medicaid si esto pudiese: (1) Reducir la cobertura vitalicia disponible o cualquier otro beneficio; (2) Acarrear cualquier costo para su familia; (3) Aumentar el monto de las primas o provocar la interrupción de los beneficios o el seguro; o (4) Representar un riesgo de perder la elegibilidad de su hijo/a para las exenciones basadas en el hogar y la comunidad, según los gastos de salud agregados.
- Usted no está obligado a otorgar su consentimiento, y en caso de rehusarse a hacerlo, esto no impedirá que su hijo/a reciba servicios de educación especial a cuenta del distrito. Usted tiene derecho a recibir un aviso anual acerca de sus derechos. Se adjunta una copia del aviso anual de derechos.

Anulación del consentimiento:

- El consentimiento es voluntario, y usted podrá retirarlo en cualquier momento. Sin embargo, si retira el consentimiento, dicha anulación no será retroactiva (es decir, no anulará las acciones ocurridas luego de haber otorgado el consentimiento y antes de haberlo retirado).

AUTORIZACIÓN

Reconozco que he recibido un aviso de derechos en relación con el reembolso de Medicaid, y que he leído y comprendido dichos derechos previo a firmar este formulario de consentimiento. Por la presente autorizo al distrito a divulgar los datos necesarios de los registros educativos del/la niño/a cuyo nombre figura más arriba a fin de solicitar a Medicaid el reembolso de cualquier evaluación de salud para la cual haya otorgado mi consentimiento. Comprendo y acepto que el distrito podrá acceder a los beneficios públicos o al seguro del/la niño/a cuyo nombre figura más arriba para pagar cualquier servicio de salud correspondiente a la Parte 300 del Título 34 del Código de Regulación Federal y que figure en cualquier IEP que yo haya firmado, o para el cual haya otorgado mi consentimiento por escrito de otro modo. Comprendo que este consentimiento se mantendrá en vigencia de manera permanente a menos que lo anule por escrito.

Sí **No** Autorizo al distrito a divulgar los datos necesarios para solicitar el reembolso de Medicaid.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha dd/mm/aaaa