

**CONSENTIMIENTO DE PADRE O MADRE/TUTOR PARA ACCEDER A FONDOS DE MEDICAID**

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Grado	Fecha de hoy
Nombre del padre o madre/tutor	Dirección del padre o madre/tutor		

**Antecedentes:**

La autoridad educativa local \_\_\_\_\_ provee educación especial y servicios relacionados en la forma de educación pública gratuita y apropiada (FAPE por sus siglas en inglés), **sin costo alguno para los padres**, en los entornos menos restrictivos (LRE por sus siglas en inglés). La autoridad educativa local \_\_\_\_\_ puede solicitar reembolso a Medicaid en pago de ciertos servicios de educación especial a estudiantes elegibles para beneficios de Medicaid. Según la sección 300.154 del reglamento de la Junta de Educación de Rhode Island que rige la educación de niños con discapacidad, \_\_\_\_\_ debe obtener **consentimiento informado por escrito** de usted para poder solicitar reembolso a Medicaid en pago de ciertos servicios de educación especial. Le rogamos leer lo siguiente antes de otorgar o negar su consentimiento:

**Por favor, marque todos los enunciados a continuación (esto es un consentimiento informado):**

- Entiendo** que mi consentimiento para que el distrito tenga acceso a reembolso de Medicaid en pago de servicios proporcionados a mi niño, **no afectará** mi capacidad de acceder a esos servicios para mi niño fuera del entorno escolar.
- Entiendo** que este consentimiento **no incluye consentimiento para aparatos de tecnología asistencial**. El distrito necesita un **formulario de consentimiento distinto** para obtener reembolso de aparatos de tecnología asistencial.
- Entiendo** que los servicios en el Plan de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) de mi niño deben proveerse **sin costo alguno** para mí, ya sea que otorgue mi consentimiento o no para cobrarle a Medicaid. (Si me rehúso a dar el consentimiento, o si revoco o anulo este consentimiento, el distrito escolar aún tendrá la responsabilidad de proporcionar educación especial y cualquier servicio relacionado, identificado para mi niño mediante los procesos de elegibilidad para educación especial, y proporcionarlos **sin costo alguno** para mí, lo que también se aplica a copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad e impacto en beneficios de por vida.)
- Entiendo que mi consentimiento es voluntario** y que después de dar mi consentimiento puedo revocarlo o anularlo **por escrito** en cualquier momento. Si revoco o anulo mi consentimiento, el departamento escolar dejará de cobrarle a Medicaid a partir de la fecha en que el distrito reciba mi revocación o anulación del consentimiento por escrito.
- Entiendo** que el distrito se rige por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA por sus siglas en inglés, que es la ley federal de privacidad de la salud) y la Ley de Derechos de Educación y Privacidad de las Familias (FERPA por sus siglas en inglés, que es la ley federal de privacidad de la educación) para proteger mi información confidencial, y que los fondos de Medicaid recibidos por el distrito ayudan a financiar directamente la educación en nuestro distrito.

**Otorgamiento o negación de permiso (por favor marque una de las siguientes opciones):**

- Doy permiso** al distrito de compartir información de mi niño con la agencia estatal de Medicaid, su agente de finanzas, y el agente de cobros a Medicaid del distrito. La información compartida puede incluir el nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de identificación de Asistencia Médica de mi niño, e información sobre la discapacidad principal de mi niño por la que recibe educación especial. Además puede incluir el tipo y cantidad de servicios de salud recibidos. Los servicios pueden incluir cuidado personal, servicios de tecnología asistencial, programa de tratamiento diurno, programa de tratamiento residencial, exámenes de detección para niños, transporte, y servicios y/o evaluaciones de parte de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla, audición y lenguaje, psicólogos autorizados, trabajadores sociales y enfermeros.
- No doy permiso** al distrito de compartir información de mi niño para solicitar reembolso a Medicaid en pago de servicios proporcionados a mi niño.

Firma de padre o madre/tutor

Fecha