

# LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE JOHNSTON

## *Servicios Especiales*

### CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O GUARDIAN PARA ACCEDER A LOS FONDOS DE MEDICAID

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

#### Antecedentes:

El Departamento Escolar de Johnston proporciona educación especial y servicios relacionados a los estudiantes elegibles sin costo para los padres(s). El departamento escolar puede ser reembolsado parcialmente a través de Medicaid para una parte de algunos de estos servicios, los cuales pueden incluir cuidado personal, servicios de tecnología, programa de tratamiento durante el día, programa residencial, detección de divulgación infantil, transportación, los servicios y/o las evaluaciones previstas por los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas de habla, audición y lenguaje, terapeuta con licencia, trabajadores sociales, enfermeras.

**Todos los fondos recibidos a través de este programa directamente apoyan a la educación en nuestro distrito.**

Necesitamos su consentimiento por escrito para compartir información sobre su hijo/a con la agencia estatal de Medicaid, (el Departamento de Servicios Humanos).

También necesitamos su consentimiento para autorizar al departamento escolar el uso de los beneficios públicos de usted o de su hijo o seguros para pagar los servicios bajo 34 CFR Parte 300, que son educación especial y servicios relacionados bajo IDEA.

#### Consentimiento de los padres:

Tengo entendido que la facturación de estos servicios por el distrito no **afecta a mi** capacidad para acceder a estos servicios para mi hijo fuera de la escuela, ni cualquier costo será incurrido por mi familia, incluyendo: co-pagos, deducibles, la pérdida de elegibilidad o impacto en beneficios para toda la vida.

Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

Si el consentimiento es revocada, el departamento escolar cobrará a Medicaid desde esa fecha en adelante.

Tengo entendido que los servicios de PEI continuarán por el departamento escolar, siempre y cuando mi hijo sigue siendo elegible para la educación especial.

**SÍ-**Doy mi consentimiento.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento al distrito para compartir información acerca de mi hijo con DHS, EDS y el agente del distrito de facturación de Medicaid con el fin que el distrito participe en este programa de reembolso, yo también le doy consentimiento al distrito para que los beneficios públicos o seguros para pagar los servicios bajo 34 CFR parte 300, que son educación especial y servicios relacionados bajo IDEA.

**Gracias por su ayuda y cooperación.** *Todos los fondos recibidos a través de Medicaid para los estudiantes directamente apoyan a la educación en nuestro distrito.*

**No-**No doy mi consentimiento

\_\_\_\_\_ No doy permiso al distrito para compartir información acerca de mi hijo con DHS, EDS y el agente del distrito de facturación de Medicaid. No doy mi consentimiento para el distrito a participar en este programa de reembolso.

---

Padre/Guardián Firma

Fecha

---

Padre/Guardián Nombre Impreso