

Escuelas Públicas de Aurora

—CONSENTIMIENTO PARA REEMBOLSO DE *MEDICAID* BASADO EN LA ESCUELA—

<b>Nombre del Estudiante:</b>	<b>Identificación del Estudiante:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Nombre de la Escuela:</b>

El Distrito escolar puede ser parcialmente remunerado por *Medicaid* por servicios relacionados a la salud prescritos en el Plan de Educación Individual de su hijo. Los fondos recibidos ayudan a pagar el costo de proveer esos servicios y a proporcionar servicios de salud adicionales para todos los estudiantes.

Bajo la Ley de Derechos Educativos e Intimidad Familiar (FERPA, por sus siglas en Inglés), el consentimiento por escrito de los padres es necesario cada que el distrito escolar pueda cobrarle a *Medicaid* por estos servicios. La información en el cobro incluye el nombre del estudiante, fecha de nacimiento, dirección, discapacidad educacional, tipo y cantidad de servicios que han sido proporcionados. Su consentimiento le permite al Distrito escolar presentar esta información a *Medicaid* para un reembolso para estos servicios.

**Derechos:**

- El Distrito no le exigirá inscribirse a *Medicaid* para que su niño pueda recibir servicios de educación especial.
- Su niño continuará recibiendo los servicios incluidos en su Plan de Educación Individual, sin ninguna interrupción y sin ningún costo para usted, ya sea que usted firme esta forma o no.
- Su consentimiento no impactará la cobertura de *Medicaid* de su hijo.
- Su consentimiento es voluntario y lo puede cambiar en cualquier momento.
- Si usted retira su consentimiento, el Distrito no le enviará el cobro a *Medicaid* por ningún tipo de servicios proveídos a partir de esa fecha.
- Usted tiene derecho a recibir un aviso anual acerca de sus derechos. Se adjunta una copia del aviso anual de derechos.

**Sí** Doy permiso, si mi hijo es o cuando sea elegible para *Medicaid*, para que el Distrito le mande el cobro a *Medicaid* por servicios relacionados a la salud de acuerdo con el Plan de Educación Individual de mi hijo. He leído y entiendo la información en esta forma.

**No** No doy permiso para que el Distrito le mande el cobro a *Medicaid* por servicios relacionados a la salud de acuerdo con el Plan de Educación Individual de mi hijo.

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

\_\_\_\_\_ **Firma del Padre/ Tutor**