

AURORA PUBLIC SCHOOLS
OFFICE OF MEDICAID SERVICES

REQUEST FOR MEDICAID FUNDS FOR UNINSURED STUDENT MENTAL HEALTH
NEEDS

(Fund for children who are uninsured and have a financial need)

DATE _____

STUDENT NAME _____

DOB _____

STUDENT ID# _____

SCHOOL _____

PARENT NAME _____ ADDRESS _____

PHONE (HOME) _____ (WORK) _____

INFORMATION REGARDIING REQUEST

(Include a description of the student's mental health and *financial needs*)

Signature of person making referral _____ Date _____

Telephone number and best time to be reached _____

PERMISO DE COMPARTIR INFORMACION

Yo deseo que las Escuelas Publicas de Aurora consulte con un psiquiatra en cuanto a mi hijo(a) profesional, y doy permiso que el distrito haga publica la informacion proveida en esta forma al terapeuta o agencia asignada. Comprendo que hay un limite de diez visitas terapeutas y que soy responsable de proveer transporte para ir al sitio de servicio.

Entiendo que las Escuelas Publicas de Aurora no ha llevado a cabo una investigacion para determinar la capacidad del terapeuta y no toman responsabilidad de la la conducta del profesional.

Firma del padre o guardian _____ Fecha _____

Mande su peticion telefax a la oficina de Servicios de Medicaid 303-326-1813