

2012-2013 Formulario de Consentimiento del Distrito Escolar de Medicaid para los Planes Individuales de Educación.

Distrito Escolar: _____ **Escuela:** _____

El Departamento de Salud y Servicios Humanos patrocina un programa que permite nuestro distrito a recibir pago por servicios de salud que proveemos a niños con seguro de Medicaid. Este programa nos ayuda a utilizar los fondos federales para el apoyo de servicios de salud adicionales en nuestras escuelas. *Su niño continuará a recibir servicios sin ningún costo para usted bajo este programa.* Al otorgar al distrito el permiso de recibir estos fondos federales no limite los beneficios que su niño recibirá aparte de este programa. En dar su consentimiento, le ayudará el distrito escolar a aumentar los servicios de salud para todos los alumnos. Este consentimiento será válido por todo el año escolar o hasta el aniversario de la fecha del Plan Individual de Educación. Los estudiantes verdaderamente beneficiarán del éxito de este programa.

Mi niño puede recibir los siguientes servicios según su Plan Individual de Educación.

Exámenes y evaluaciones—servicios de enfermera—terapia de la palabra—terapia ocupacional y física—terapia psicológica—orientación/movilidad—servicio de orientación y asistencia social—audiología—servicios del ayudante de salud uno a uno—dispensa de medicamentos—exploraciones medicales—dirección de casos dirigidos—otros

NOMBRE DEL NIÑO _____
(Primer nombre—Inicial media—Apellido—LETRA DE IMPRENTA)

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO _____ / _____ / _____
Mes Día Año

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL NIÑO _____ / _____ / _____ (opcional)

NÚMERO DEL MEDICAID DEL NIÑO _____

EL NIÑO NO ES ELIGIBLE AHORA _____ (Marque si el niño no es elegible ahora)

Como padre/madre/guardián del niño mencionado arriba, le doy al distrito escolar permiso de facilitar información concerniente los servicios de salud él / ella ha recibido en la escuela a los representantes de Medicaid por el único propósito de permitir el distrito de recibir pago de Medicaid por los servicios de salud.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

PADRE/MADRE/GUARDIÁN: _____
(Favor de escribir el nombre en letra de imprenta)