

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA ACCEDER AL REEMBOLSO DE MAINECARE POR SERVICIOS DE SOPORTE RELACIONADOS CON LA SALUD

Unidad de Administración Escolar: _____

Nuestra Unidad de Administración Escolar continúa participando en un sistema por el cual el programa Medicaid del gobierno federal reembolsa a los distritos escolares locales una parte de los costos de los servicios de educación especial relacionados con la salud proporcionados a niños elegibles para Medicaid. Si bien su hijo elegible para Medicaid continuará recibiendo los servicios sin costo alguno para usted, la agencia estatal de Medicaid (MaineCare) se reserva el derecho a acceder a su seguro privado para recuperar parte del costo de reembolsar estos servicios. Sin embargo, la mayoría de las aseguradoras no cubren los servicios relacionados con el Programa de Educación Individualizada (IEP). La información que proporcione voluntariamente al completar este formulario de consentimiento solamente será utilizada para los fines identificados. Nuestro distrito ha contratado los servicios de EDMS para administrar de forma confidencial nuestro programa Medicaid.

Complete la información de abajo, firme el formulario y regréselo a la dirección que se indica:

Padre/madre/tutor: _____
(Nombre del padre, la madre o la persona con relación parental)

Nombre legal del estudiante: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____ (MM/DD/AAAA) _____

Como padre/madre/tutor del niño mencionado anteriormente, doy permiso para divulgar información de identificación personal de los servicios de soporte relacionados con la salud en el Plan de Educación Individualizada (IEP) de mi hijo, así como otra información de identificación personal, incluidos los resultados de exámenes, los resultados de evaluación y cualquier otra información de diagnóstico relevante de los registros escolares de mi hijo, a representantes de la administración estatal y/o federal de Medicaid o a sus designados con el único propósito de solicitar el reembolso de Medicaid por servicios de soporte relacionados con la salud cubiertos en el IEP de mi hijo. Entiendo y acepto que la Unidad de Administración Escolar puede acceder a mis beneficios de Medicaid o a los de mi hijo para pagar los servicios de soporte relacionados con la salud en el IEP de mi hijo. También entiendo que si me niego a dar mi consentimiento para la divulgación de esta información, mi negativa no exime a la Unidad de Administración Escolar de su responsabilidad de proporcionar sin costo alguno para mí los servicios indicados por el IEP para niños de 3 a 20 años de edad [34 C.F.R. § 300.154 (2013)]. Además, entiendo que este consentimiento también permite a MaineCare la facturación a cualquier otro seguro que tenga por mi hijo como es requerido por la regulación federal.

Este permiso es para cualquier momento en que mi hijo sea elegible y en el caso de que mi hijo se convierta en elegible en el futuro con el único propósito de la divulgación de la información relativa al acceso a los reembolsos MaineCare por los servicios del IEP.

Firma: _____
(Padre, madre o persona con relación parental)

Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, póngase en contacto con:

Regrese este formulario a: