Consentimiento por única vez para el Programa de Servicio Escolar de Medicaid

Estudiante	Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	ID:
Asiste al edificio:			Grado:	Fecha de nacimiento:

El distrito envía esta notificación mediante: _____ El día: _____

El Programa de Servicio Escolar de Medicaid en Michigan:

- Proporciona reembolsos parciales a los distritos escolares por los servicios como las evaluaciones, la terapia ocupacional, la terapia física, la terapia del habla, la audiología, los servicios psicológicos, el trabajo social, la orientación y la movilidad, el transporte, la enfermería, el cuidado personal, la gestión de casos y los servicios de tecnología de asistencia.

- NO afecta los beneficios de seguro de Medicaid de la familia y NO tiene costo para la familia, ni ahora ni en el futuro.

- Ayuda a los distritos escolares a compensar parte de los costos de atención a la salud que se prestan a los niños y niñas.

- Es voluntario y requiere que un padre, madre o tutor proporcione consentimiento por escrito para divulgar la información sobre su hijo o hija a la agencia de Medicaid de Michigan y sus filiales para obtener reembolsos. Esto puede incluir nombre, dirección, fecha de nacimiento, ID de estudiante, ID de Medicaid, discapacidad o diagnóstico, fechas y servicios prestados.

Si su hijo o hija recibe cualquiera de los servicios mencionados arriba y califica para los beneficios de Medicaid en cualquier momento, solicitamos su permiso para divulgar información para permitir que el distrito escolar acceda a los reembolsos de Medicaid por el Servicio Escolar. **Deberá firmar este consentimiento una vez; sin embargo, se le informará cada año sobre su derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento mediante el formulario de Notificación anual de Medicaid con respecto al consentimiento parental.** Si no proporciona consentimiento, el distrito prestará los servicios.

☐ He recibido una copia del formulario de Notificación anual de Medicaid con respecto al consentimiento parental.

☐ Comprendo y accedo a que _____y_____
Distrito escolar Nombre de ISD
puedan acceder a la información de beneficios públicos de seguro de mi hijo o hija para buscar reembolsos por los servicios prestados según se indica en el Plan de Atención (IEP, IFSP, Plan de Comportamiento, Plan de Salud Individualizado, Plan de Gestión Médica u otro).

☐ No presto consentimiento para que _____y_____
Distrito escolar Nombre de ISD
busquen reembolsos por los servicios prestados según se indica en el Plan de Atención (IEP, IFSP, Plan de Comportamiento, Plan de Salud Individualizado, Plan de Gestión Médica u otro).

_____
Firma del padre, madre o tutor Fecha: