



## **BREVARD PUBLIC SCHOOLS**

### **Consentimento Parental para Liberação de Informações Pessoais de Aluno para Reembolso Medicaid**

O reembolso Medicaid ajuda o distrito escolar financiar as despesas para fornecer Educação Especial, serviços relacionados e quaisquer outros serviços permitidos pelo Medicaid. O nosso distrito escolar deseja buscar reembolso para determinados serviços fornecidos para sua criança ao acessar o Medicaid. Devemos obter seu consentimento informado por escrito para o propósito de liberação de determinadas informações relacionadas com a busca de reembolso do Medicaid.

#### **Serviços de Plano Educacional Individual (IEP)**

A Lei Sobre a Educação de Indivíduos com Deficiência de 2004 (IDEA) permite os distritos escolares buscarem reembolso do Medicaid por serviços fornecidos na escola (Título 34, seção 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), Código dos Regulamentos Federais [CFR]).

#### **Serviços Não-IEP**

Os distritos escolares também são permitidos a buscar reembolso do Medicaid para serviços fornecidos sob a regra do Medicaid do código administrativo da Flórida para serviços baseados em escola (Regra 59G-4.035).

#### **Consentimento fornecido ou negado (leia, rubrique, assine e coloque a data na parte inferior):**

**Eu entendo e dou o meu consentimento** ao distrito escolar para compartilhar informações sobre criança com a Agência Medicaid Estadual (Agência do Estado da Flórida para Administração de Cuidados da Saúde), seu Agente Fiscal e o agente de cobrança Medicaid do distrito escolar ou facilitador de cobrança para o distrito escolar para verificar a elegibilidade do Medicaid, buscar reembolso do Medicaid e satisfazer solicitações de auditoria e revisão relacionadas ao serviço fornecido para minha criança. Eu entendo que eu posso retirar esse consentimento para liberar informações para reembolso do Medicaid a qualquer momento. Eu entendo que se eu me recusar a dar meu consentimento ou retirar esse consentimento, o distrito escolar continuará a fornecer todos os serviços exigidos necessários para receber uma educação apropriada sem nenhum custo para minha criança de acordo com o 34 CFR § 300.154(d)(2)(v)(D) ou outros serviços fornecidos fora do IEP. Se o conhecimento for retirado, ele entrará em vigor na data de retirada e nenhuma informação será liberada após essa data.

As informações compartilhadas podem incluir o nome da minha criança, data de nascimento, endereço, deficiência educacional especial primária (se aplicável), número da identificação do Medicaid da Flórida e o tipo e quantia de serviços de saúde fornecidos, incluindo os horários e as datas em que os serviços foram fornecidos. Os serviços podem incluir serviços de comunicação assistiva, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, terapia da audição e linguagem, serviços comportamentais que inclui aconselhamento e trabalho social, serviços de transporte e serviços de enfermagem.

Os registros a serem liberados ou trocados podem incluir IEPs, registros de avaliação e elegibilidade, registros de terapia de serviços relacionados, históricos de transporte, observações de progresso e relatórios ou registros de enfermagem.

**Eu entendo e NÃO dou o meu consentimento** para o distrito escolar compartilhar informações sobre minha criança para que o distrito escolar verifique a elegibilidade do Medicaid, busque reembolso do Medicaid e satisfaça solicitações de auditoria e revisão relacionadas a serviços fornecidos para minha criança.

**Assinatura do Progenitor/Responsável:** \_\_\_\_\_ **Data da assinatura:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome do Progenitor/Responsável (impresso):** \_\_\_\_\_

**Nome do Aluno (impresso):** \_\_\_\_\_

**ID do Aluno** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento do Aluno (impressa):** \_\_\_\_\_