



BREVARD PUBLIC SCHOOLS

Consentimiento de los padres para divulgar información personal del estudiante para el reembolso de Medicaid

El reembolso de Medicaid permite que el distrito escolar financie los costos de brindar educación especial, servicios relacionados y cualquier otro servicio que permita Medicaid. Nuestro distrito escolar desea solicitar un reembolso a través de Medicaid por ciertos servicios prestados a su hijo. Debemos obtener su consentimiento informado por escrito para divulgar cierta información que se relaciona con el pedido de reembolso a Medicaid.

Servicios del Plan de Educación Personalizada (IEP)

La Ley de Educación para Personas con Discapacidad (IDEA) de 2004 permite que los distritos escolares soliciten un reembolso a Medicaid por los servicios prestados en la escuela (Título 34, sección 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), Código de Regulaciones Federales [CFR]).

Servicios no relacionados con el IEP

Los distritos escolares también pueden solicitar un reembolso a Medicaid por los servicios prestados conforme a la regla de Medicaid del Código Administrativo de Florida para los servicios escolares (Regla 59G-4.035).

Aceptación o rechazo de consentimiento (lea, escriba sus iniciales, firme y feche al final):

Entiendo y doy mi consentimiento al distrito escolar para que comparta información sobre mi hijo con la Agencia Estatal de Medicaid (Agencia para la Administración de Atención Médica [Agency for Health Care Administration] del estado de Florida), su agente fiscal y el agente de facturación de Medicaid del distrito escolar o el facilitador de facturación para que el distrito escolar verifique la elegibilidad para Medicaid, solicite reembolsos a Medicaid y cumpla con los requisitos de auditoría y revisión relacionados con los servicios que se prestan a mi hijo. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para divulgar información para el reembolso de Medicaid en cualquier momento. Entiendo que, si me niego a dar mi consentimiento o retiro este consentimiento, el distrito escolar seguirá brindando de manera gratuita todos los servicios necesarios para que mi hijo tenga una educación adecuada conforme a 34 CFR § 300.154(d)(2)(v)(D) u otros servicios que se brindan fuera del IEP. Si se retira el consentimiento, el cambio entrará en vigencia a partir de ese día, y no se divulgará ninguna información después de esa fecha.

La información que se comparta puede incluir el nombre de mi hijo, la fecha de nacimiento, la dirección, la discapacidad que requiere educación especial primaria (si corresponde), el número de identificación de Medicaid de Florida y el tipo y la cantidad de servicios de salud que se brindan, incluidas las horas y las fechas en que se brindaron los servicios. Los servicios pueden ser de comunicación asistida, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia auditiva y del lenguaje, servicios relacionados con el comportamiento (lo que incluye asesoría y trabajo social), transporte y servicios de enfermería.

Los registros que se divulguen o intercambien pueden incluir los IEP, registros de evaluaciones y elegibilidad, registros de terapias de servicios relacionados, registros de transporte, notas de progreso e informes o registros de enfermería.

Entiendo y NO doy mi consentimiento al distrito escolar para que comparta información sobre mi hijo con el fin de verificar la elegibilidad para Medicaid, solicitar reembolsos a Medicaid y cumplir con los requisitos de auditoría y revisión relacionados con los servicios que se prestan a mi hijo.

Firma del padre/de la madre/del tutor legal: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del padre/de la madre/del tutor legal (en letra de imprenta): _____

Nombre del estudiante (en letra de imprenta): _____

Número de identificación del estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante
(en letra de imprenta): _____