



**CONSENTIMIENTO DE MEDICAID**

Estimado Padre/Guardian de \_\_\_\_\_:

Esto es para solicitar su permiso (autorización) para facturar a su or su niño, el seguro de Medicaid para el programa de educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el programa de educación individualizada (IEP) de su niño. Este acuerdo permite que, el Distrito Escolar/Westchester County Facture servicios relacionados.

Yo, \_\_\_\_\_ como padre/guardian de \_\_\_\_\_  
(Imprime nombre de su niño)

acabo de recibir una notificación por escrito del Distrito Escolar que explica mi derechos federales con respecto a la utilización de beneficios público o seguros que pagan ciertos programas de educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y estoy de acuerdo que el distrito escolar/Westchester County puede acceder a Medicaid para que paguen por la educación especial y servicios relacionados de mi niño. Entiendo que: en dar mi consentimiento, no le afectara el seguro de Medicaid de mi niño ; cuando quiero, puedo revisar las copias de los registros/documentos transmitido en virtud de esta autorización; servicios que estan indicado en el IEP de mi niño deben ser proporcionado sin costo a mí, si estoy en acuerdo o no permito dar mi consentimiento a Medicaid; tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento ; y el Distrito Escolar debe mandar (cada año), notificación por escrito sobre mis derechos con respecto a este consentimiento. Yo también doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar/ Westchester County/ Provider mande los registros siguientes/información sobre mi niño, a la Agencia de Medicaid del Estado de Nueva York, para que facturen programas de educación especial y servicios relacionados que están indicado en el IEP de mi niño. Los registros siguientes serán compartidos.

<b>Registros compartidos (registros/informacion sobre servicios que su niño recibe)</b>	
Prescription	Service Provider Attendance
Referral	"Under the Direction of" Certification
Treatment Logs	"Under the Supervision of" Certification
Individualized Education Program - IEP	"Under the Direction of" Logs
Attendance Records	"Under the Supervision of" Logs
Bus Logs	Calendar
Other unnamed documents needed to support a claim to Medicaid	

Doy mi consentimiento voluntario y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Tambien tengo entendido que en mi niño teniendo el derecho de recibir educación especial y servicios relacionados, en ninguna manera depende en mi autorización y que, a pesar de mi decisión de proporcionar este consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi niño, será siempre ofrecido a mi niño sin algun costo a mí.

Firma de Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_