



BRIDGEWATER-RARITAN REGIONAL SCHOOL DISTRICT DEPARTMENT FOR SPECIAL SERVICES

Alice Steinheimer, Assistant Superintendent for Special Services
Nicole DiTota, Supervisor, Grades PreK-6 · Lisa Ferreira, Supervisor, Grades PreK-6
Lauren Zugale, Supervisor, Grades 7-8 · Kristen Taylor, Supervisor, Grades 9-12

Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI) Formulario de Consentimiento de los Padres

El Distrito Escolar Regional de Bridgewater-Raritan está participando en el programa Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI) que le permite a los distritos escolares el facturar a Medicaid por los servicios suministrados a los estudiantes.

De acuerdo con los Derechos Educativos de la Familia y el Acto de Privacidad 34 CFR §99.30 y la Sección 617 de IDEA Parte B, y los requerimientos de consentimiento 34 CFR §300.622, se requiere el consentimiento una sola vez antes de tener acceso a los beneficios públicos.

Este consentimiento establece que la información personal de identificación del estudiante, tales como los datos del estudiante o información sobre los servicios suministrados al estudiante que incluyen las evaluaciones y servicios indicados en el IEP (terapia ocupacional, terapia física, terapia de habla, asesoramiento psicológico, audiología, enfermería, y transporte especial) podrían ser revelados a Medicaid y al Departamento de Finanzas con el propósito de que el distrito escolar pueda recibir reembolso de Medicaid.

Como padre/custodio del estudiante mencionado abajo, doy permiso para revelar información como se describe anteriormente y entiendo y estoy de acuerdo con que Medicaid tenga acceso a la información de mi niño(a) o mis beneficios públicos o mi seguro para pagar la educación especial y servicios relacionados bajo la Parte 300 (servicios bajo IDEA). Yo entiendo que el distrito escolar sigue teniendo la obligación de suministrar servicios a mi hijo(a) de acuerdo a su IEP, sin considerar mi elegibilidad para Medicaid o de mi deseo de consentir la facturación de SEMI.

Yo entiendo que la facturación de estos servicios por el distrito **no afectará** mi capacidad para tener acceso a estos servicios para mi hijo(a) fuera del ámbito escolar, ni tampoco incurrirá en ningún costo para mi familia como los copagos, deducibles, la pérdida de elegibilidad, ni impactará los beneficios de por vida.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Firma del Padre/Custodio: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
MES DÍA AÑO

Doy mi consentimiento para facturar a SEMI: SÍ NO

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento notificando por escrito al Coordinador de Caso o al Administrador en el colegio de su niño(a).