Iniciativa Medicaid de Educação Especial (SEMI) Termo de Consentimento dos Pais

_____ Distrito Escolar

Nosso distrito escolar está participando Iniciativa Medicaid de Educacao Especial (SEMI), programa que permite distritos escolares para cobrar Medicaid por serviços prestados aos alunos.

De acordo com os Direitos Educacionais da Família e Privacidade Ato, 34 CFR §99.30 e Seção 617 do IDEA Parte B, os requisitos de consentimento em 34 CFR §300,622 exigem o consentimento de uma só vez antes de acessar benefícios públicos.

Este consentimento estabelece que as informação de identificação pessoal do seu filho , tais como registros de estudantes ou informações sobre os serviços prestados a seu filho, incluindo avaliações e serviços, conforme especificado no Programa de Educação Individualizada do meu filho (IEP) (terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, atendimento psicológico, audiologia, enfermagem e transporte especializado) podem ser divulgadas a Medicaid e ao Departamento do Tesouro para a finalidade de receber Medicaid reembolso no distrito escolar.

Como pai / responsável da criança abaixo indicado, eu dou permissão para divulgar informações, como descrito acima, e eu entendo e concordo que Medicaid pode acessar meu filho ou meus benefícios públicos ou seguro para pagar a educação especial ou serviços relacionados na Parte 300 (serviços sob o IDEA).

Nome da crianca _____

Data de Nascimento da crianca: _____ / _____ / _____

pai ou responsavel:_____

Data: ____ / _____ / _____

Eu dou meu consentimento para projeto de lei SEMI Sim ☐

Não ☐

SEMI:.Esta autorização pode ser revogada a qualquer momento entrando em contato com o administrador da escola de seu filho