

**Consentimiento de los Padres para Acceder a un Seguro Público
y para Divulgar Información de Identificación Personal**
(Consentimiento de los padres se obtiene una vez, pero la notificación se realiza todos los años)

Con su consentimiento, le es permitido al distrito escolar solicitar el reembolso a la División de MO HealthNet (Medicaid) con el fin de ser pagado por servicios proporcionados a través de un Programa de Educación Individualizada (IEP), bajo la Ley de Individuos con Discapacidades (IDEA), accediendo al seguro público de usted o de su hijo.

Nombre del distrito escolar Kansas City Public Schools

Nombre completo del alumno _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

El Programa de Servicios en la Escuela de MO HealthNet (Medicaid) en Missouri:

- Proporciona un reembolso parcial a los distritos escolares por servicios que incluyen: Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla/Lenguaje, Servicios de Salud Mental, Audiología /Audición, Servicio Privado de Enfermería, Servicios de Cuidado Personal y Transporte.
- No afecta los beneficios de salud MO HealthNet (Medicaid) de la familia.
- Ayuda a los distritos escolares para compensar algunos de los costos de los servicios prestados a través de un IEP.
- Es voluntario y requiere que uno de los padres o tutor legal de su consentimiento por escrito para que el distrito escolar proporcione información acerca de su hijo y obtenga el reembolso de MO HealthNet para ayudar a pagar por los servicios prestados a través de un IEP.

Si su hijo recibe cualquier de los servicios antes mencionados y califica para la cobertura de MO HealthNet, se solicita su permiso para entregar la información necesaria para que el distrito escolar acceda a MO HealthNet (Medicaid) para el reembolso de los servicios dados en la escuela.

Al firmar, usted está indicando lo siguiente:

Entiendo y doy permiso al distrito escolar para que acceda a mi seguro público o al de mi hijo. Entiendo que el expediente educativo de mi hijo y la información sobre los servicios que recibe mi hijo a través del IEP serán entregados con el fin de MO HealthNet (Medicaid) ayude a pagar por los servicios del IEP.

- Entiendo que esto puede incluir compartir información con la División de MO HealthNet (MHD), su agente de facturación contratado, y/o un médico para obtener la documentación necesaria (por ejemplo, prescripciones médicas, derivaciones) para recibir el reembolso por los servicios prestados a través de un IEP.
- Entiendo que la información que se entregará puede incluir: el nombre del menor, fecha de nacimiento, identificación de Medicaid, número de seguridad social (si dado), u otra identificación, discapacidad, IEP y las evaluaciones, el tipo de servicio (s), fechas y horas en que se brindaron los servicios y notas de progreso.
- Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente durante todo el tiempo que el distrito sea responsable de proporcionar los servicios del IEP a mi hijo, a menos que sea revocado por mí, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación al distrito escolar por escrito.
- Entiendo que la revocación de mi consentimiento no modifica la responsabilidad del distrito escolar de proporcionar todos los servicios requeridos en el IEP a mi hijo sin costo alguno para mí.
- Antes de dar mi consentimiento, me fue entregada una notificación por escrito que explica más acerca del consentimiento de los padres y el propósito de esta forma.
- Mi consentimiento autoriza al distrito escolar para acceder a mis beneficios de MO HealthNet a partir del 1ero de agosto del 2017.

Nombre del Padre (Escrito o Impreso)

Firma del Padre

Fecha