



Consentimiento Para Cobrar Seguro Privado y Medicaid

El Distrito Escolar Richland Dos y el Departamento de Educación de Carolina del Sur (SCDE) tienen mi permiso para proveer servicios a mi hijo y dar e intercambiar información médica, psicológica y de identificación personal confidencial, según sea necesario, con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) y cualquier otro aplicable tercer asegurador en relación con los servicios facturables proporcionados a mi hijo. Entiendo que el propósito de este consentimiento es para cobrarle a Medicaid y/o a otro tercer asegurador privado por servicios contemplados en la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA).

Al firmar esta forma, doy al Distrito y a SCDE mi permiso para cobrar y recibir el pago de Medicaid y de cualquier otro tercer asegurador por servicios de diagnóstico y de evaluación psicológica, servicios de salud mental, servicios de enfermería, y otros exámenes y tratamientos relacionados con la salud, facturables a Medicaid o a otro tercer asegurador, con o sin la exigencia de un programa de educación individualizada (IEP). El Distrito me proporcionó la notificación por escrito, de conformidad con lo regulado por IDEA en 34 CFR §§ 300.154 (d)(2)(v) y 300.503 (c), antes de que yo firmara este consentimiento para divulgar información para facturar a Medicaid o a otro tercer asegurador y antes de tener acceso a Medicaid o a los beneficios de otro tercer asegurador de mi hijo.

Además, entiendo que el Distrito debe anualmente proporcionarme por escrito la notificación de mis derechos en relación con Medicaid o con cualquier otro tercer asegurador que tenga acceso a la información de mi hijo y antes de que el Distrito y el SCDE tengan acceso a mis beneficios para pagar por los servicios contemplados en IDEA. Esta autorización para dar información para cobrar a Medicaid o a cualquier otro tercer asegurador es un consentimiento de una sola vez y no se requiere posteriormente cada año, al menos que haya un cambio en el tipo o cantidad de los servicios a ser proporcionados a mi hijo o un cambio en el costo de los servicios que van a ser cargados a Medicaid o a un tercer asegurador. Yo entiendo que el reembolso de Medicaid o de un tercer asegurador por servicios cobrados proporcionados por el Distrito y el SCDE no afectará ningún otro servicio de Medicaid o de otro tercer asegurador para los cuales mi hijo es elegible. Yo entiendo que mi hijo recibirá los servicios enumerados en el IEP, independientemente de que mi hijo esté o no esté cubierto por programas de seguros públicos o privados e independiente de que yo dé o no dé el consentimiento para tener acceso a esos beneficios. Entiendo que si me niego a consentir que SCDHHS o cualquier otro tercer asegurador tengan acceso a la información personal identificable de mi hijo, eso no exime al Distrito de su responsabilidad de asegurar que todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo sean proporcionados sin costo para mí.

Yo entiendo que este consentimiento es voluntario de mi parte y puede ser revocado en cualquier momento. Si más tarde revoco mi consentimiento, la revocación no es retroactiva (es decir, que no niega una acción que ocurrió después que el consentimiento fue dado y antes de que el consentimiento fuera revocado).

También entiendo que el Distrito y la SCDE operarán bajo las directrices de IDEA y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento y la prestación de servicios a mi hijo.

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Medicaid: _____

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____