

Distrito Escolar Elemental de Hanford
Oficina de Servicios Especiales

--	--	--	--	--

Apellido Primer Nombre Identificación del Estudiante Escuela Grado

CONSENTIMIENTO DE PADRES para ACCEDER BENEFICIOS PÚBLICOS O de SEGUROS
CONSENTIMIENTO ESCRITO para DIVULGACIÓN de INFORMACION del ESTUDIANTE

El Distrito Elemental de Hanford (HESD por sus siglas en inglés), en cooperación con el Programa de Medicaid de California, participa en un programa el cual permite al Distrito ser reembolsado con fondos federales de Medi-Cal por servicios selectos que han sido proveídos a estudiantes que ya reciben servicios (evaluaciones de educación especial, asesoramiento, tratamiento médico, etc.). Estos servicios proveídos a estudiantes, con o sin el consentimiento de los padres/guardianes para permitir al Distrito solicitar reembolso. Sin embargo, para quienes lo autorizan, los fondos del reembolso recibidos de este programa, ayudan al Distrito sufragar los costos de estos servicios. La cobertura actual de Medi-Cal o seguro de su hijo/a, si es aplicable, no será afectada por este programa.

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA por sus siglas en inglés) es una ley federal que protege la privacidad de los registros educativos del estudiante, por lo tanto, un consentimiento por escrito de padres/guardianes es necesario para permitir al Distrito divulgar información la cual puede identificar al estudiante (tal como: nombre, fecha de nacimiento, discapacidad, tipo de servicio, etc.). Este formulario de consentimiento permite a HESD solicitar el reembolso y su consideración de consentimiento es apreciado.

Al firmar este formulario de consentimiento escrito, yo autorizo al Distrito divulgar información relacionada con la salud y educación de mi hijo/a solo según sea pertinente a los servicios proveídos por el Distrito y el reembolso asociado a estos costos.

- Entiendo que el nombre de mi hijo, la fecha de nacimiento, discapacidad, tipo de servicio, etc., pueden ser proporcionados a entidades directamente relacionadas con el programa de Medicaid (Medicaid y el departamento de facturación de HESD) para el propósito de someter reclamaciones de servicios proveídos.
- Entiendo que el Distrito puede acceder a los beneficios públicos o de seguro mío o de mi hijo/a para pagar por los servicios bajo IDEA, cuales no tendrán impacto negativo a mis beneficios actuales.
- Entiendo que puedo solicitar y recibir una copia de los registros revelados.
- Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento.
- Doy mi consentimiento al Distrito que continúe sometiendo reclamos, el acceso a los beneficios públicos o de seguro mío o de mi hijo/a, para sufragar los costos de estos servicios.

Firmando este documento, usted esta confirmando el recibo de la Notificación Escrita y esta de acuerdo de permitir al Distrito que comparta la informacion de su hijo/a en orden para reclamación de reembolso.

Firma del Padre/Guardian

Fecha