



York School District One
Consentimiento para facturar a un
seguro privado y a Medicaid

P.O. Box 770
 York, SC 29745
 (803) 684-1905

Nombre legal del estudiante	Fecha de nacimiento	Documento de identidad local	Sistema de notificación de actualización de las normas
-----------------------------	---------------------	------------------------------	--

Autorizo al York School District One (distrito) y al Departamento de Educación de Carolina del Sur (SCDE) para que le proporcionen a mi hijo servicios y para que revelen e intercambien información médica, psicológica o cualquier otra información confidencial, personal e identificable, según sea necesario, con el departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) y con cualquier compañía de seguros externa aplicable en relación con los servicios facturables que se le proporcionan a mi hijo. Entiendo que el propósito de este consentimiento es facturar a Medicaid o a otra compañía de seguros externa privada por los servicios en virtud de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (IDEA).

Al firmar el presente formulario, doy mi permiso al distrito y SCDE para facturar y recibir el pago de Medicaid y de cualquier compañía de seguros externa por servicios de evaluación psicológica y diagnóstica, servicios de salud del comportamiento, servicios de enfermería y otros servicios de exámenes y tratamiento relacionados con la salud facturables a Medicaid o a una compañía de seguros externa con o sin el requerimiento de un programa de educación individualizada (IEP). El distrito me proporcionó una notificación por escrito acorde con el reglamento de IDEA en el Código de Regulaciones Federales 34 §§ 300.154(d)(2)(v) y 300.503(c), antes de este consentimiento para la comunicación de información para facturar a Medicaid o a cualquier compañía de seguros externa y antes de acceder a Medicaid o a los beneficios de seguro de una compañía externa de mi hijo.

Además, entiendo que el distrito debe proporcionarme una notificación anual por escrito de mis derechos relacionados con Medicaid o cualquier otra compañía de seguros externa que acceda a la información de mi hijo y antes de que el distrito y SCDE accedan a mis beneficios para pagar por los servicios de acuerdo con IDEA. Este consentimiento para la divulgación de información para facturar a Medicaid y a cualquier compañía de seguros externa es un consentimiento único y no se requiere anualmente a partir de entonces, a menos que haya un cambio en el tipo o la cantidad de servicios que se le prestarán a mi hijo o un cambio en el costo de los servicios que se le cobrarán a Medicaid o a una compañía de seguros externa.

Entiendo que el reembolso de Medicaid o de la compañía de seguros externa por los servicios facturables proporcionados por el distrito y SCDE no afectará ningún servicio ni beneficio de seguro de Medicaid para los cuales mi hijo es elegible. Entiendo que mi hijo recibirá los servicios indicados en el IEP, independientemente de si mi hijo está cubierto por programas de seguro público o privado e independientemente de si doy mi consentimiento para acceder a esos beneficios. Entiendo que mi negativa a dar consentimiento a SCDHHS o a cualquier compañía de seguros externa que acceda a la información personal e identificable de mi hijo no libera al distrito de su responsabilidad de asegurar que se me proporcionen todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo sin ningún costo.

Entiendo que este consentimiento es voluntario de mi parte y que puede revocarse en cualquier momento. Si posteriormente revoco el consentimiento, la revocación no será retroactiva (es decir, no invalidará una acción que ocurrió después de haberse dado el consentimiento y antes de haberse revocado el mismo).

Además, entiendo que el distrito y SCDE obrarán según las pautas de IDEA y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento de mi hijo y a la prestación de servicios.

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **N.º de Medicaid:** _____

 Firma del progenitor, tutor o estudiante adulto

 Fecha