

**Estimado Padre/Tutor** - Por favor de autorización para que nuestros profesionales de la salud del distrito cobren a Medicaid cuando proveen servicios a su niño/a. Esto no afecta sus beneficios de Medicaid en ninguna forma y nos permite brindar servicios necesarios a su niño/a.



## **Autorización de tratamiento, divulgación de información y reembolso por servicios médicos profesionales**

Yo autorizo a que el Distrito Escolar del Condado de Kershaw:

- Brinde servicios medicos profesionales a mi niño/a;
- Divulgue e intercambie la siguiente información del expediente de mi niño/a al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Agencia de Medicaid) con el propósito de cobrar por los servicios médicos profesionales (servicios de enfermería, conductuales, psicológicos, otros servicios de salud física y ocupacional y servicios de habla y otros idiomas) brindados a mi niño/a – información sobre los servicios brindados, nombre de mi niño/a, fecha de nacimiento, número de Medicaid o seguro médico, sexo, y mi información de contacto;
- Cobrar a la Agencia de Medicaid por los servicios médicos profesionales, y
- Recibir pago de la Agencia de Medicaid por los servicios médicos profesionales que el Distrito brindo a mi niño/a.

Yo entiendo que:

- El reembolso de Medicaid por servicios médicos profesionales brindados por el Distrito no afecta ningún otro servicio de Medicaid al cual mi niño/a es elegible.
- El Distrito continuara brindando servicios médicos profesionales requeridos sin costo para mi aun si yo reuso permitir que cobren por los servicios.
- El otorgar autorización es voluntario de mi parte y puede ser cancelada en cualquier momento. Si yo cancelo la autorización posteriormente, esa cancelación no es retroactiva (no niega una acción que ha ocurrido después de dar autorización y antes de cancelar la autorización).
- El Distrito funciona bajo los lineamientos del Acta de Educación Familiar y Privacidad (FERPA) para asegurar la confidencialidad en relación al tratamiento de mi niño/a y provision de servicios médicos profesionales.

## **Autorización General de Medicaid**

El Distrito Escolar del Condado de Kershaw (Distrito) y el Departamento de Educación de Carolina del Sur (SCDE) tienen mi permiso de brindar servicios a mi niño/a y divulgar e intercambiar información médica, psicológica y información identificable confidencial necesaria al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) y cualquier tercera parte aseguradora de servicios cobrables brindados a mi niño/a. Yo entiendo el propósito de esta autorización es para cobrarle a Medicaid y/o tercera parte privada aseguradora por servicios bajo el Acta de Educación para Individuos con Incapacidades (IDEA).

Al firmar esta forma, yo doy al Distrito y SCDE mi autorización para cobrar y recibir pago de Medicaid y cualquier tercera parte aseguradora por estudios diagnósticos y evaluación psicológica conducta saludable, enfermería, y otros análisis de la salud y servicios de tratamiento cobrables a Medicaid o una tercera parte aseguradora con o sin notificación escrita consistente con los requisitos de un programa de educación individual (IEP). El Distrito me brindó notificación escrita consistente con la regulación de IDEA 34 C.F.R. §§ 300.154(d)(2)(v) y 300.503(c), antes de firmar esta autorización de divulgación de información para cobrar a Medicaid o una tercera parte aseguradora y antes de tener acceso a los beneficios de Medicaid o una tercera parte aseguradora de mi niño/a.

Además yo entiendo que el Distrito me debe proveer una notificación anual de mis derechos relacionados a Medicaid o cualquier tercera parte aseguradora teniendo acceso a la información de mi niño/a y antes de que el Distrito y SCDE tenga acceso a mis beneficios para pagar por servicios bajo IDEA. Esta autorización para divulgación de información y cobrar a Medicaid y cualquier tercera parte aseguradora es una vez y no se requiere anualmente a partir de ahí a menos que haya un cambio en el tipo o cantidad de servicios a ser brindados a mi niño/a o un cambio en el costo de los servicios cobrables a Medicaid o una tercera parte aseguradora. Yo entiendo que el reembolso de Medicaid o una tercera parte aseguradora por servicios cobrables brindados por el Distrito y SCDE no afectará cualquier otro servicio de Medicaid o cobertura. Yo entiendo que mi niño/a recibirá los servicios indicados en el IEP sin importar si mi niño/a está cubierto/a por cobertura pública o privada y sin importar si yo doy autorización a tener acceso a esos beneficios. Yo entiendo que si reuso dar mi autorización a SCDE o SCDHHS o cualquier tercera parte aseguradora a tener acceso a información identificable de mi niño/a no libera al Distrito de sus responsabilidades de asegurar que todos los servicios requeridos en el IEP de mi niño/a sean brindados sin costo para mí.

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria de mi parte y puede ser cancelada en cualquier momento. Si yo posteriormente cancelo la autorización, la cancelación no es retroactiva (no niega una acción que ocurrió después de otorgar la autorización y antes de la cancelación de la autorización).

Yo también entiendo que el Distrito y SCDE funcionarán de acuerdo con los lineamientos de IDEA en relación al tratamiento de mi niño/a y provisión de servicios.