



GROTON PUBLIC SCHOOLS

GROTON, CONNECTICUT
ADMINISTRATION OFFICES

P.O. BOX K, GROTON, CONNECTICUT 06340 * 1300 FLANDERS ROAD, MYSTIC, CONNECTICUT 06355
(860)572-2100 * FAX (860)572-2107

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER AL SEGURO O PRESTACIONES PÚBLICAS DE LOS ESTUDIANTES PARA LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD (HUSKY) EN EL PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO (IEP) DEL ESTUDIANTE

Nombre del alumno: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Groton Public Schools participan en el programa de salud infantil basado en la escuela (SBCH) de Medicaid de Connecticut. El programa de SBCH ofrece a los distritos escolares la posibilidad de recibir fondos estatales y federales para los servicios que se prestan a los estudiantes elegibles que reciben la educación especial relacionados con la salud servicios de salud relacionados con la educación especial que figuran en su IEP o plan 504 y que reúnen los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid (HUSKY).

Este formulario de consentimiento único le permite al distrito escolar obtener el reembolso del estado para estudiantes elegibles que tienen un servicio relacionado con la salud cubierto como parte del IEP o del plan 504 del estudiante.

- Ejemplos de estos servicios son: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Habla-Lenguaje, Servicios de Audición, Servicios Psicológicos, Trabajo Social, Enfermería, y Evaluaciones/Evaluaciones Individuales según las recomendaciones del Equipo de Planificación y Colocación.
- Si su hijo disfruta de alguno de los servicios anteriores y reúne los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid (HUSKY) en algún momento del año escolar, **solicitamos su permiso para revelar la información para acceder al reembolso de Medicaid (HUSKY) en la escuela para el distrito escolar.**
- La información a la agencia estatal de Medicaid podrá incluir el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento, la identificación de Medicaid, además de las fechas y los servicios prestados.
- Cualquier reembolso recibido del programa de Medicaid no afecta o impacta en otros beneficios a los que mi hijo tiene derecho, incluyendo cualquier servicio admisible que esté fuera de la escuela, otros programas estatales y/o exenciones de Medicaid. **No existe ningún coste para la familia, ya sea ahora o en el futuro.**
- El distrito escolar prestará todos los servicios a su hijo independientemente de que usted dé o no su consentimiento por escrito. El consentimiento será voluntario y usted tiene derecho a retirarlo en cualquier momento.

AUTORIZO que el distrito escolar pueda acceder y solicitar el reembolso de los servicios elegibles de SBCH prescritos en el plan IEP/504 de mí representado.

NO autorizo al distrito escolar a acceder y pedir el reembolso de los servicios elegibles de SBCH indicados en el plan IEP/504 de mi estudiante.

Firma

Fecha de la firma

Revisado 12.3.2019