



Dr. Sandy Mercedes
 Director of Special Education
 500 Tenafly Road, Tenafly, NJ 07670-1796
 Tel: 201-816-4534 - Fax 201-816-4521
 Email: smercedes@tenafly.k12.nj.us

Formulario de consentimiento de los padres

SPECIAL EDUCATION MEDICAID INITIATIVE (SEMI)

Nuestro distrito escolar participa en el programa de Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), que permite a los distritos escolares facturar al programa de salud Medicaid por servicios que se ofrecen a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley federal sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), 34CFR§99.30 y la Sección 617 de la Parte B de la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) sobre requisitos de consentimiento en 34 CFR§300.622, se necesita un consentimiento único antes de poder acceder a beneficios públicos.

Este consentimiento establece que los datos personales de su hijo(a), tales como su historial en la escuela o información acerca de los servicios que le son proporcionados, incluyendo las evaluaciones y los servicios especificados del Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) que recibe su hijo(a) (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, terapia psicológica para estudiantes, audiología, enfermería y transporte especializado), pueden ser revelados al programa Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el distrito escolar.

Como padre o madre/tutor del o la menor nombrado(a) abajo, doy permiso para que se revele la información descrita anteriormente; así como entiendo y acepto que Medicaid puede tener acceso a los beneficios públicos o seguros públicos mi hijo(a) o míos para pagar los servicios de educación especial y relacionados al amparo de la Parte 300 (servicios bajo IDEA). Entiendo que el distrito escolar sigue siendo requerido para proporcionar servicios a mi hijo en virtud de su IEP, a pesar de mi estado de elegibilidad de Medicaid o la disposición a dar su consentimiento para la facturación SEMI.

Entiendo que la facturación de estos servicios por el distrito **no** afecta mi capacidad para acceder a estos servicios para mi niño fuera del ambiente escolar, ni ningún costo corre por cuenta a mi familia, incluyendo los co-pagos, deducibles, pérdida de elegibilidad o impacto en beneficios de por vida.

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento del niño(a): _____

Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI: Sí No

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento poniéndose en contacto con el Administrador de Caso de su hijo, o el administrador de escuela de su hijo, por escrito.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Su firma electrónica o digital es el equivalente legalmente vinculante de su firma manuscrita. Cuando ejecutas un firma electrónica, tiene la misma validez y significado que su firma manuscrita.