

Ciudad de Richmond

301 North Ninth Street Richmond, VA 23219

Consentimiento de los padres para facturar al seguro médico público

Nombre del estudiante _____ Fecha _____
Número de identificación del estudiante _____ Número de identificación estatal del estudiante (STI en inglés) _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA FACTURAR AL SEGURO DE SALUD PÚBLICO

Para las personas aseguradas únicamente con Medicaid, la Expansión de Medicaid o FAMIS (Acceso Familiar a la Seguridad de la Cobertura Médica)

Consentimiento para divulgar información

Le doy consentimiento a la Ciudad de Richmond (Agencia de educación local, o LEA por sus siglas en inglés) para que divulgue información del expediente educativo de mi hijo/a (como reportes de evaluaciones, IEPs, etc.) relacionada con su participación en los servicios, a médicos participantes, otros proveedores de salud, el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS, por sus siglas en inglés), cualquier agente de facturación de DMAS, y cualquier agente de facturación de LEA, cuando sea necesario. Esta divulgación tiene como propósito tramitar solicitudes de reembolso ante DMAS por servicios de salud elegibles, evaluaciones relacionadas con dichos servicios, y transporte en los días en que el estudiante reciba algún servicio de salud.

Derechos y Garantías Procesales

Entiendo que tengo el derecho de rechazar el consentimiento para permitir que el sistema escolar acceda a la cobertura de Medicaid o FAMIS de mi hijo/a con el fin de solicitar reembolsos por servicios de salud. Rechazar este consentimiento no afectará la prestación de estos servicios para mi hijo/a, y dichos servicios se brindarán sin ningún costo. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo revocarlo en cualquier momento. También entiendo que tengo derecho a solicitar una copia de los registros divulgados.

Doy consentimiento para tramitar las solicitudes de reembolso al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS), como se describió anteriormente, para los servicios de salud, incluyendo la duración, frecuencia y/o las evaluaciones correspondientes.

No doy consentimiento al sistema escolar para acceder a la cobertura de Medicaid o FAMIS de mi hijo/a.

Nombre del estudiante _____

Fecha de inicio _____

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha