ESCUELAS PÚBLICAS DE GROTON

OFICINAS ADMINISTRATIVAS

P.O. Box K, Groton, Connecticut 06340 • 1300 Flanders Road, Mystic, Connecticut 06355

TELÉFONO: (860) 572-2100 • FAX: (860) 572-2107

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS PÚBLICOS DEL ESTUDIANTE (HUSKY) PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD EN EL PLAN IEP/504 DEL ESTUDIANTE

Nombre del distrito: Groton

Nombre del estudiante:_____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

SASID#:_____

Ubicación de la escuela (no obligatorio):

Las Escuelas Públicas de Groton participan en el Programa de Salud Infantil Escolar (SBCH) de Medicaid de Connecticut. El programa SBCH permite que los distritos escolares reciban fondos estatales y federales para los servicios que se brindan a los estudiantes elegibles que reciben servicios de salud relacionados con la educación especial enumerados en su IEP o plan 504 y califican para los beneficios de Medicaid (HUSKY).

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

- Ejemplos de estos servicios son: Terapia Ocupacional, Terapia Física, Logopedia, Servicios de Audición, Servicios Psicológicos, Trabajo Social, Enfermería y Evaluaciones/Evaluaciones Individuales según lo recomendado por el Equipo de Planificación y Colocación.
- Si su hijo recibe alguno de los servicios anteriores y califica para los beneficios de Medicaid (HUSKY) en cualquier momento durante el año escolar, **solicitamos su permiso para divulgar información para acceder al reembolso de Medicaid (HUSKY) escolar para el distrito escolar.**
- La información a la agencia estatal de Medicaid puede incluir el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento, la identificación de Medicaid, así como las fechas y los servicios prestados.
- Cualquier reembolso recibido del programa Medicaid no afecta ni impacta otros beneficios a los que mi hijo tiene derecho, incluidos los servicios elegibles fuera de la escuela, otros programas estatales y/o exenciones de Medicaid. **NO hay ningún costo para la familia, ni ahora ni en el futuro.**
- El distrito escolar proporcionará todos los servicios a su hijo, ya sea que usted dé su consentimiento por escrito. El consentimiento es voluntario y usted tiene derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento.

☐ DOY MI CONSENTIMIENTO para permitir que el distrito escolar acceda y solicite el reembolso de los servicios elegibles para SBCH recetados en el plan IEP/504 de mi estudiante.

☐ NO doy mi permiso para permitir que el distrito escolar acceda y solicite el reembolso de los servicios elegibles para SBCH prescritos en el plan IEP/504 de mi estudiante.

_____ _____

Firma Fecha de firma

3/13/25