



**BEACON CITY SCHOOL DISTRICT**  
**ADMINISTRATIVE OFFICES**  
10 EDUCATION DRIVE  
BEACON, NEW YORK 12508  
PHONE 845-838-6900  
FAX 845-838-6905

***FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ACCESAR AL SEGURO MEDICAID DE LOS  
PADRES O DEL ESTUDIANTE PARA PAGAR POR CIERTOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN  
ESPECIAL EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADA DEL ESTUDIANTE (IEP)***

Estimados Padres/Tutores de: \_\_\_\_\_

Esto es para pedir permiso (autorización) para cobrarle a su Programa de Seguro Medicaid o de su hijo por la educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el programa de educación individualizado (IEP) Esta autorización permite que el distrito escolar pueda facturar por servicios cubiertos relacionados con la salud y con el fin de entregar información al agente de facturación de Medicaid del distrito escolar.

Yo, \_\_\_\_\_ como padres/tutores de, \_\_\_\_\_  
(ESCRIBA EL NOMBRE DEL PADRE/TUTOR)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Medicaid CIN #: \_\_\_\_\_ Distrito Escolar \_\_\_\_\_

He recibido una notificación por escrito del distrito escolar que explica mis derechos federales sobre el uso de beneficios públicos o de seguros para pagar por cierta educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y acepto que el distrito escolar puede acceder Medicaid para pagar por la educación especial y servicios relacionados proporcionados a mi hijo. Yo entiendo que:

- Proveer consentimiento no afectará mi cobertura de Medicaid o la de mi hijo;
- A petición, puedo revisar copias de los registros divulgados en virtud de la presente autorización.
- Los servicios enumerados en el IEP de mi hijo deben ser proporcionados sin costo alguno para mí, ya sea que dé o no mi consentimiento para facturar Medicaid;
- Tengo el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento; y
- El distrito escolar tiene que darme una notificación anual por escrito de mis derechos en relación con este consentimiento.

También doy mi consentimiento para que el distrito escolar pueda liberar los siguientes registros/información sobre mi hijo a la Agencia de Medicaid del Estado para efectos de facturación por la educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el IEP de mi hijo. Se compartirán los siguientes registros.

Registros a ser compartidos (tales como registros o información acerca de los servicios que su hijo reciba)	
IEP, Orden Escrita/Remisión	Registros Especiales de Transporte y programa registros
Reportes de Evaluación/Notas de la Sesión	Otra información personal identificable
"Bajo la dirección de" Registros/Notas	cualquier otro registro específico relacionado a los servicios o programas del niño

Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que el derecho de mi hijo a recibir educación especial y servicios relacionados de ninguna manera depende de mi concesión de la autorización y que, a pesar de mi decisión de dar este consentimiento, se le proporcionarán a mi hijo todos los servicios requeridos en el IEP, sin costo alguno para mí.

Nombre y Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

Nombre Fecha