COUNTY OF SUFFOLK

EDWARD P. ROMAINE
SUFFOLK COUNTY EXECUTIVE

DIVISION OF SERVICES FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS
3500 Sunrise Highway, PO Box 9006, Great River, NY 11739-9006
(631) 853-3100 | Fax (631) 853-2310

PARENT CONSENT FORM FOR ACCESSING A PARENT OR STUDENT'S MEDICAID INSURANCE TO PAY FOR CERTAIN SPECIAL EDUCATION SERVICES IN A STUDENT'S INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP) AND TO CHECK WHETHER A CHILD HAS A CLIENT IDENTIFICATION NUMBER/MEDICAID COVERAGE

Dear Parent/Guardian of: _____

This is to ask your permission (consent) to bill your or your child's Medicaid Insurance Program for Special Education and Related Services that are on your child's Individualized Education Program (IEP) and to ask you to give us your child's **Client Identification Number (CIN)** or allow us to obtain the CIN if you do not know it.

This consent allows the school district/county to bill Medicaid for covered health-related services and to release information to the school district's/county's Medicaid Billing Agent for that purpose.

I, _____ as the parent/guardian of: _____
(PRINT Parent Name)

Medicaid CIN # _____

I have received a written notification from the school district/county that explains my federal rights regarding the use of public benefits or insurance to pay for certain Special Education and Related Services.

I understand and agree that the school district/county may ask for a Client Identification Number (CIN), check on Medicaid eligibility, and/or access Medicaid to pay for Special Education and Related Services provided to my child.

I understand that:

- Providing consent will not impact my child's/my Medicaid coverage;
- Upon request, I may review copies of records disclosed pursuant to this authorization;
- Services listed in my child's IEP must be provided at no cost to me whether or not I give consent to bill Medicaid and/or provide my child's CIN;
- I have the right to withdraw consent at any time; and
- The school district/county must give me annual written notification of my rights regarding this consent.

I also give my consent for the school district/county to release the following records/ information about my child to the State's Medicaid Agency for the purpose of checking Medicaid eligibility and/or billing for Special Education and Related Services that are in my child's IEP. The following records will be shared:

Records to be shared (such as records or information about services your child receives)	
IEP, Written Order/Referral/Scripts	Special Transportation Log and Program Attendance
Evaluation Reports/Session Notes	Other Personally Identifiable Information
"Under the Direction Of" Logs and Certifications	Any other specific records pertaining to the child's services or program
Medication Administration Report	

I give my consent voluntarily and understand that I may withdraw my consent at any time. I also understand that my child's right to receive Special Education and Related Services is in no way dependent on my granting consent and that, regardless of my decision to provide this consent, all the required services in my child's IEP will be provided to my child at no cost to me.

Parent/Guardian Name and Signature:

SIGN

_____ _____ _____
Name (Please Print) Parent/Guardian Signature Date

COUNTY OF SUFFOLK

EDWARD P. ROMAINE
SUFFOLK COUNTY EXECUTIVE

DIVISION OF SERVICES FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS
3500 Sunrise Highway, PO Box 9006, Great River, NY 11739-9006
(631) 853-3100 | Fax (631) 853-2310

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ACCESAR AL SEGURO MEDICAID DE LOS PADRES O DEL ESTUDIANTE PARA PAGAR POR CIERTOS SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL EN EL PROGRAMA DE EDUCACION 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/condado pueda facturar por servicios cubiertos relacionados con la salud y con el fin de entregar información al agente de facturación de Medicaid del distrito/condado escolar.

Yo, _____ como padres/tutores de, _____
(ESCRIBA El Nombre del Padre/Tutor)

Medicaid CIN # _____

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

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

- Proveer consentimiento no afectara 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 mi, ya sea que dé o no mi consentimiento para facturar Medicaid;
- Tengo el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento; y
- El distrito/condado 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/condado 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	Algún otro registro especifico 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 proporcionaran 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