Twin Hills School District

APPLE BLOSSOM | K-5
ORCHARD VIEW | K-12
SUNRIDGE | K-8
TWIN HILLS | 6-8

700 Watertrough Rd. | Sebastopol, CA 95472 | **tel** (707) 823-0871 | **fax** (707) 823-5832 | www.twinhillsusd.org

Consentimiento para el intercambio de información del seguro de salud con fines de financiación

Al completar el formulario de Consentimiento para el Intercambio de Información de Seguro de Salud con fines de financiación, ayudas a nuestro distrito escolar a acceder a financiación estatal y de planes de salud que apoyen servicios gratuitos de salud mental y bienestar para los estudiantes. **Proporcionar la información del seguro de tu hijo permite al distrito solicitar el reembolso por los servicios ya ofrecidos en el colegio, sin coste alguno para ti.** Esto no afectará la cobertura del seguro de tu hijo, no supondrá ningún cargo para tu familia ni cambiará la elegibilidad de tu hijo para servicios, incluido el apoyo educativo especial. Aunque todos los estudiantes seguirán recibiendo servicios gratuitos, completar este formulario ayuda a garantizar que nuestras escuelas puedan mantener y ampliar estos programas vitales para estudiantes y familias. **Esto no es un consentimiento para servicios.**

Consentimiento parental

- **Solo los registros médicos apropiados de los registros educativos de mi hijo serán entregados por el distrito** a Paradigm Healthcare Services, LLC., y Carelon Behavior Health con el propósito limitado de facturar a Medi-Cal o a un proveedor de seguros médicos comerciales.
- Los registros se compartirán electrónicamente con administradores externos de Medi-Cal y DHCS para su reembolso, **toda la información se mantendrá confidencial conforme a las leyes de privacidad FERPA y HIPAA**, **y no se compartirá con otras partes sin tu consentimiento por escrito, salvo que la ley permita lo contrario.**
- **No se me cobrará por estos servicios.** Esto no limitará mis servicios comunitarios.
- Mi consentimiento es válido por un año. **Es voluntario y puede revocarse en cualquier momento.** La revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre por alguien con autoridad legal para hacerlo, y entregada al CRPUSD. La revocación será efectiva tras recibir la solicitud por escrito, pero no será efectiva en la medida en que el CRPUSD haya actuado basándose en esta autorización antes de la revocación.
- No se me exigirá inscribirme ni inscribirme en programas de prestaciones públicas o seguros.
- **Mi consentimiento no afectará a ningún seguro ni prestación que yo o mi hijo recibamos.**
- Tengo derecho a solicitar que este consentimiento se dé en mi lengua materna, o a través de otro medio de comunicación, si es posible.
- Tengo derecho a obtener una copia de esta autorización.

☐ **I Consentimiento a la publicación de los registros de mis estudiantes y el acceso a sus beneficios, para facturación solo para fines específicos. (DEBE HACER MARCHA ATRÁS COMPLETA)**

☐ **No consiento en facilitar los registros de mi alumno para acceder a ellos con fines de facturación. Entiendo que el CRPUSD no podrá recuperar las comisiones por los servicios prestados. Esto NO afectará la capacidad de mi hijo para recibir servicios a través del distrito. (Debe completar la información del estudiante y de los padres al revés).**

Información del estudiante

Nombre legal del estudiante	
Apellido legal del estudiante	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAAAO)	
El estudiante tiene un IEP (círculo)	SÍ NO
Mi estudiante tiene seguro médico (círculo)	SÍ NO

Información sobre seguros

No completar si optas por no hacerlo

¿El proveedor de seguros es Medical/Medicaid?	SÍ NO
Nombre del proveedor de seguros (proveedor de discapacidad o seguro sanitario comercial)	
Identificación de Estudiantes # / Identificación de Miembro # / o BIC (MediCal) #	
Titular/Suscriptor de la póliza Nombre de pila	
Apellido titular/suscriptor de la póliza/suscriptor	
Relación entre el titular de la póliza y el suscriptor con el estudiante	

Firma:

Nombre completo del padre/tutor que envía este formulario:_____

Relación con el estudiante: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Por favor, devuelva este formulario a la oficina de su colegio.