

Autorización de los padres a acceder información sobre planes médicos y a divulgar información de identificación personal

Nombre: ID#: Fecha de nac.:

Edad: Grado: Agencia educativa local:

Nombre del médico primario:

Número de Medicaid:

Al obtener el consentimiento de los padres, el distrito escolar puede presentar una petición de reembolso federal de Medicaid por el costo de los servicios de salud provistos por el distrito a los estudiantes que son elegibles para Medicaid, y que reciben los servicios establecidos en su plan educativo individualizado (IEP, por sus siglas en inglés). Para presentar la petición de reembolso federal de Medicaid, el distrito escolar debe presentar la información en el expediente académico del estudiante al Medicaid y a las agencias de cobro del Medicaid.

Según la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), es necesario obtener la autorización de los padres para divulgar la información de identificación personal del estudiante a las agencias que no han sido identificadas en la ley. Esta autorización permite al distrito escolar divulgar la información del estudiante con el propósito de presentar una factura a programa Medicaid.

Al firmar este documento, usted afirma lo siguiente:

- Entiendo y acepto que autorizo al distrito escolar a acceder mi información o la información de mi hijo concerniente a beneficios o seguro médico público.
- Entiendo que tanto el expediente académico de mi hijo, como la información sobre los servicios que mi hijo recibe mediante su IEP podría ser divulgada a la División de Servicios Médicos del Departamento de Servicios Humanos, al Programa Medicaid de Arkansas, y al agente de cobros de Medicaid del distrito para propósitos de facturar al Medicaid.
- Entiendo que esto podría incluir el compartir información con el Departamento de Servicios Humanos, agentes de cobro contratados, y/o doctores, con el propósito de obtener los documentos necesarios para recibir un reembolso por los servicios provistos mediante un IEP.
- Entiendo que la información a divulgarse será, entre otras cosas, el nombre del estudiante, fecha de nacimiento, número de seguro social, número de identificación de Medicaid, discapacidad, IEP y evaluaciones, tipo de servicio(s), hora y fecha de los servicios recibidos, y notas de progreso.
- Entiendo que esta autorización será vigente siempre que el distrito sea responsable de proveer servicios de IEP a mi hijo, hasta el momento en que sea revocada por mí.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación escrita a la escuela.
- Entiendo que al revocar esta autorización, la escuela no quedará exenta de su responsabilidad de proveer todos los servicios requeridos por el IEP, in que esto resulte en costos para mí.
- Antes de conformar mi autorización, he recibido una notificación escrita con mis derechos y protecciones bajo la Parte B de la Ley para las educación de personas con discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) concernientes a esta autorización y su propósito.

Firma del padre o encargado: _____

Fecha:

¿Está su hijo cubierto por un seguro médico privado? Sí No

(Si es así, por favor complete la Sección sobre Responsabilidad de Terceros)

Nombre:

Autorización de los padres a divulgar información de identificación personal

Sección sobre responsabilidad de terceros *

*Esta sección debe ser completada sólo si el estudiante está cubierto por un seguro médico privado.

Información concerniente a los cobros hechos a seguros médicos terceros.

El Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 433, Subparte D, Responsabilidad de Terceros, requiere que todas las fuentes de terceros sean utilizadas antes de que Medicaid pueda hacer un reembolso. La Parte B de la Ley para la Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) prohíbe que una agencia pública requiera que los padres incurran en gastos para usar fondos de seguro para pagar por servicios que tienen que ser provistos a un niño con discapacidades según los requerimientos legales de proveer "educación pública gratis y adecuada". IDEA no presenta ninguna excepción al Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 433, Subparte D. Todos los proveedores de Medicaid, incluidos los distritos escolares, deben tratar de agotar toda responsabilidad de responsabilidad de terceros previo a presentar un reclamo a Medicaid.

Por favor, marque uno de los siguientes:

- NO autorizo al distrito escolar a facturar a mi seguro médico privado por los servicios de salud recibidos en la escuela.
- Autorizo a la escuela a facturar a mi seguro médico privado por los servicios recibidos en la escuela.

Información sobre seguro médico privado:

Proveedor de seguro:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>
Nombre del asegurado:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento del asegurado:	<input type="text"/>
Número de seguro social:	<input type="text"/>
Núm. de póliza:	<input type="text"/>
Núm. de grupo:	<input type="text"/>

Firma del padre o encargado: _____ Fecha: