

Iniciativa Medicaid de Educação Especial (SEMI) - Formulário de Consentimento dos Pais

_____ Distrito Escolar

Nosso distrito escolar está participando no programa de Iniciativa Medicaid de Educação Especial (SEMI) que permite a distritos escolares cobrar Medicaid por serviços prestados aos alunos.

De acordo com a Lei de Direitos Educacionais da Família e Privacidade, 34 CFR §99.30 e Seção 617 do IDEA Parte B, os requisitos de consentimento em 34 CFR §300,622 exigem consentimento, uma só vez, antes de acessar benefícios públicos.

Este consentimento estabelece que as informação de identificação pessoal do seu filho , tais como registros de estudante ou informações sobre os serviços prestados a seu filho, incluindo avaliações e serviços, conforme especificado no Programa de Educação Individualizada do meu filho (IEP) (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia de fala, aconselhamento psicológico, audiologia, enfermagem e transporte especializado) podem ser divulgadas a Medicaid e ao Departamento do Tesouro com a finalidade de receber reembolso da Medicaid no distrito escolar.

Como pai / responsável da criança abaixo referida, dou permissão para divulgar informações, como descrito acima, e compreendo e concordo que Medicaid pode ter acesso aos benefícios públicos, meus ou do meu filho, ou a seguro público para pagar a educação especial ou serviços relacionados na Parte 300 (serviços sob o IDEA). Compreendo que o distrito escolar ainda é obrigado a fornecer serviços a meu filho de acordo com o seu IEP, independentemente da minha condição de elegibilidade a Medicaid ou vontade em consentir cobrar para SEMI.

Compreendo que cobrança por estes serviços pelo distrito **não** tem impacto na minha capacidade de ter acesso a estes serviços para meu filho fora do ambiente escolar e nenhum custo será incorrido por minha família, incluindo copagamentos, dedutíveis, perda de elegibilidade ou impacto sobre benefícios anuais.

Nome da criança _____

Data de Nascimento da Criança: _____/_____/_____

Pai / responsável: _____

Data: _____/_____/_____

Dou meu consentimento para cobrança para SEMI Sim
 Não

Este consentimento pode ser revogado a qualquer momento entrando em contato com o gestor de caso de seu filho ou com o administrador da escola de seu filho, por escrito.

