

Termo de consentimento de pais para serviços de saúde escolares

_____ Distrito escolar

Nosso distrito escolar está comprometido em fazer parceria com as famílias para apoiar os alunos, gerenciando de maneira responsável o custo dos serviços. Estamos buscando permissão para acessar o Medicaid para obter reembolso por determinados serviços relacionados à saúde fornecidos ao seu filho. Para isso, solicitamos o consentimento formal por escrito para compartilhar informações limitadas necessárias para o faturamento. Esse reembolso ajuda a cobrir os custos dos serviços elegíveis prestados no escopo do Medicaid.

As normas federais autorizam os distritos escolares a buscar reembolso do Medicaid para serviços de saúde cobertos fornecidos aos alunos inscritos no Medicaid, incluindo programas de educação especial e educação geral. Além disso, a lei de Nova Jersey ([P.L.2023, c.108](#)) exige que os distritos busquem o reembolso do Medicaid para determinados serviços de saúde cobertos fornecidos aos alunos elegíveis.

Seu consentimento permite que o distrito obtenha reembolso do Medicaid para serviços elegíveis. Isso não resultará em nenhum desembolso para sua família nem afetará a cobertura ou os benefícios do Medicaid do seu filho.

Consentimento fornecido ou negado

(Leia, verifique ou rubrique, assine e date na parte inferior)

___ Entendo e **dou meu consentimento** para que o distrito escolar compartilhe informações limitadas sobre meu filho com o programa Medicaid de Nova Jersey, incluindo o Departamento de Serviços Humanos de Nova Jersey, seus agentes e o serviço de faturamento Medicaid do distrito, com o objetivo de verificar a elegibilidade para o Medicaid, buscar reembolso para o Medicaid e responder a solicitações de auditoria ou revisão relacionadas aos serviços prestados ao meu filho.

Entendo que posso retirar este consentimento a qualquer momento e, se eu me recusar a dar o consentimento ou retirá-lo posteriormente, o distrito escolar continuará a fornecer todos os serviços necessários para que meu filho receba uma educação pública integral e eficiente sem nenhum custo para mim. Se eu retirar o consentimento, o início da vigência será a data da retirada e nenhuma informação será compartilhada após essa data.

As informações compartilhadas podem incluir o nome do meu filho, data de nascimento, endereço, deficiência primária (se aplicável), número de identificação do Medicaid e informações sobre o tipo, quantidade e datas dos serviços relacionados à saúde fornecidos. Os registros que podem ser compartilhados incluem programas de educação individualizada (Individualized Education Programs, IEPs), se aplicável, avaliações e registros de elegibilidade, registros de serviços de terapia, registros de transporte, anotações de progresso e registros de enfermagem.

___ **Não dou meu consentimento** para que o distrito escolar compartilhe informações sobre meu filho com o objetivo de verificar a elegibilidade para o Medicaid, solicitar reembolso para o Medicaid ou responder a solicitações de auditoria e análise relacionadas aos serviços prestados.

Nome do filho: _____

Data de nascimento do filho: ____/____/____

Pai ou mãe/Responsável: _____

Data: ____/____/____

MAIO DE 2026