

Formulario de consentimiento de los padres para los servicios de salud en las escuelas

_____ Distrito escolar

Nuestro distrito escolar se compromete a trabajar con las familias para apoyar a los estudiantes mientras gestiona de forma responsable el coste de los servicios. Solicitamos permiso para acceder a Medicaid para obtener el reembolso de ciertos servicios relacionados con la salud que se le prestan a su hijo. Con este fin, solicitamos un consentimiento formal por escrito para compartir información limitada necesaria para la facturación. Dicho reembolso ayuda a cubrir los costos de los servicios elegibles prestados en virtud de Medicaid.

La política federal autoriza a los distritos escolares a solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios de salud cubiertos prestados a los estudiantes inscritos en Medicaid, incluidos los programas de educación especial y educación general. Además, la ley de Nueva Jersey ([ley pública 2023, capítulo 108](#)) exige que los distritos soliciten el reembolso de Medicaid por ciertos servicios de salud cubiertos prestados a estudiantes elegibles.

Su consentimiento le permite al distrito obtener el reembolso de Medicaid por los servicios elegibles. Esto no dará lugar a ningún gasto de bolsillo para su familia ni afectará la cobertura ni los beneficios de Medicaid de su hijo.

Consentimiento otorgado o denegado

(Lea, marque o escriba sus iniciales, firme y feche en la parte inferior)

___ Entiendo y doy mi consentimiento para que el distrito escolar comparta información limitada sobre mi hijo con el programa Medicaid de Nueva Jersey, incluido el Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey, sus agentes y el servicio de facturación Medicaid del distrito, con el fin de verificar la elegibilidad para Medicaid, solicitar el reembolso de Medicaid y responder a solicitudes de auditoría o revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, y si me niego a darlo o más adelante lo retiro, el distrito escolar continuará prestando todos los servicios necesarios para que mi hijo reciba una educación pública exhaustiva y eficiente sin costo alguno para mí. Si retiro mi consentimiento, dicha decisión entrará en vigencia en la fecha en que lo retire y no se compartirá ninguna información después de esa fecha.

La información compartida puede incluir el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección, la discapacidad principal (si corresponde) de mi hijo, el número de identificación de Medicaid e información sobre el tipo, la cantidad y las fechas de los servicios relacionados con la salud que se presten. Los registros que pueden compartirse incluyen Programas de educación individualizada (Individualized Education Programs, IEP), si corresponde, registros de evaluaciones y elegibilidad, registros de servicios de terapia, registros de transporte, notas de progreso y registros de enfermería.

___ No doy mi consentimiento para que el distrito escolar comparta información sobre mi hijo con el fin de verificar la elegibilidad para Medicaid, solicitar el reembolso de Medicaid o responder a solicitudes de auditoría o revisión relacionadas con los servicios prestados.

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____/_____/_____

Padre/madre/tutor: _____

Fecha: ____/____/____

MAYO DE 2026