

OBJETIVO: Mediante este formulario se expresa el consentimiento paterno para facturar a la Administración de Servicios de Salud y Recuperación del Departamento de Servicios Sociales y de Salud. El distrito debe obtener el consentimiento paterno cada vez que factura un nuevo procedimiento. El hecho de facturar al DSHS no afecta los beneficios individuales conforme a Medicaid ni exige un copago o un deducible. Si los padres desean hacer consultas sobre este pedido, pueden llamar al director del distrito escolar de educación especial para pedir que les explique el motivo por el cual se realiza la solicitud.

## Consentimiento Para Facturar Reembolsos de Medicaid Basados en la Escolaridad

Student Jason Patterson Student # \_\_\_\_\_ Grade 1 Age 8 y 7 m Date 9/21/2010

El distrito escolar debe obtener su consentimiento cuando factura a Medicaid por servicios reembolsables basados en la escolaridad.

Autorizo a a compartir la información de identidad necesaria del expediente académico de mi hijo para tener acceso al reembolso federal de Medicaid del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés).

Entiendo que si al IEP se le agrega algún servicio adicional reembolsable por Medicaid, el distrito escolar exigirá un consentimiento adicional.

Entiendo que este consentimiento es válido por 365 días. Si a mi hijo ya no le corresponde este distrito escolar, este consentimiento no se transferirá a un nuevo distrito. También entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

Mediante su consentimiento, usted ratifica que (1) tiene pleno conocimiento de toda la información relacionada con la actividad para la cual se pretende obtener su consentimiento; (2) entiende que su consentimiento es voluntario y podrá ser revocado en cualquier momento; y (3) si usted revoca el consentimiento, la revocación no será retroactiva, es decir, no anula las actividades ya realizadas.

- Autorizo, de manera permanente, al Distrito Escolar de \_\_\_\_\_ para que presente reclamos relativos a la salud ante el DSHS durante un período de 365 días a partir de la firma del presente. Entiendo que si el Distrito necesita facturar un nuevo procedimiento, tratará de obtener mi consentimiento para dicho procedimiento.
- No presto mi consentimiento. Entiendo que si no permito que el distrito presente facturas a Medicaid, el Distrito no podrá hacer reclamos para reembolsar los servicios que podrían de otro modo ser cubiertos por DSHS. Entiendo también que mi negativa no afecta el acceso de mi hijo a los servicios del Programa de Enseñanza Individualizada.

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre/tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Jason Patterson  
*Nombre del alumno*

2/6/2002  
*Fecha de nacimiento*