NIAGARA COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH
CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS DIVISION

5467 Upper Mountain Road
Suite 100
Lockport, NY 14094
(716) 439-7460
Fax # (716) 438-3006

Trott Access Center
1001 – 11th Street
Niagara Falls, NY 14301
(716) 278-8180
Fax # (716) 278-8288

Early Intervention and Therapeutic Services
Children with Special Needs
Preschool Special Education

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ACCESAR AL SEGURO MEDICAID DE LOS PADRES O DEL ESTUDIANTE PARA PAGAR POR CIERTOS SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL EN EL PROGRAMA DE EDUCACION INDIVIDUALIZADA DEL ESTUDIANTE (IEP)

Estimados Padres/Tutores de

Esto es para pedir permiso (autorización) para cobrarle a su Programa de Seguro Medicaid o de su hijo por la educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el programa de educación individualizado (IEP) Esta autorización permite que el condado pueda facturar por servicios cubiertos relacionados con la salud y con el fin de entregar información al agente de facturación de Medicaid del distrito escolar.

Yo, _____ como padres/tutores de, _____
(ESCRIBA El Nombre del Padre/Tutor)

Fecha de Nacimiento: _____ Medicaid CIN # _____

He recibido una notificación por escrito del conado explica mis derechos federales sobre el de beneficios públicos o de seguros para pagar por cierta educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y acepto que del conado puede accesar Medicaid para pagar por la educación especial y servicios relacionados proporcionados a mi hijo. Yo entiendo que:

- Proveer consentimiento no afectara mi cobertura de Medicaid o la de mi hijo;
- A petición, puedo revisar copias de los registros divulgados en virtud de la presente autorización.
- Los servicios enumerados en el IEP de mi hijo deben ser proporcionados sin costo alguno para mi, ya sea que dé o no mi consentimiento para facturar Medicaid;
- Tengo el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento; y
- El condado tiene que darme una notificación anual por escrito de mis derechos en relación con este consentimiento.

También doy mi consentimiento para que el condado pueda liberar los siguientes registros/información sobre mi hijo a la Agencia de Medicaid del Estado para efectos de facturación por la educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el IEP de mi hijo. Se compartirán los siguientes registros.

Registros a ser compartidos (tales como registros o información acerca de los servicios que su hijo reciba)	
IEP, Orden Escrita/Remisión	Registros Especiales de Transporte y programa registros
Reportes de Evaluación/Notas de la Sesión	Otra información personal identificable
"Bajo la dirección de" Registros/Notas	Algún otro registro especifico relacionado a los servicios o programas del niño

Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que el derecho de mi hijo a recibir educación especial y servicios relacionados de ninguna manera depende de mi concesión de la autorización y que, a pesar de mi decisión de dar este consentimiento, se le proporcionaran a mi hijo todos los servicios requeridos en el IEP, sin costo alguno para mí.

Nombre y Firma del Padre/Tutor: _____ _____ _____
Firma del Padre/Tutor Nombre Fecha