# 

# NIAGARA COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH

**CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS**

## 55 Stevens St Trott Access Center

## Lockport NY 14094 1001 – 11th Street Early Intervention and Therapeutic Services

Niagara Falls NY 14301 Children with Special Needs

(716) 439-7460 (716) 278-8180 Preschool Special Education

FAX: (716) 438-3006 FAX: (716) 278-8288

***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 condado pueda facturar por servicios cubiertos relacionados con la salud y con el fin de entregar información al agente de facturación de Medicaid.

**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como padres/tutores de, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(ESCRIBA El Nombre del Padre/Tutor)**

**Nina/Nino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medicaid CIN # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_(si se sabe)\_\_**

He recibido una notificación por escrito que condado 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 el que condado 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 distrito escolar tiene que darme una notificación anual por escrito de mis derechos en relación con este consentimiento.

También doy mi consentimiento para que 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