

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS RELACIONADOS**

**ADMITE EL ACCESO A BENEFICIOS PÚBLICOS/SEGURO**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE:
DISTRITO ESCOLAR/ESCUELA AUTÓNOMA:	

Por la presente autorizo a la escuela \_\_\_\_\_ a divulgar los expedientes y la información de este estudiante a Medicaid a los fines de facturar la educación especial y servicios relacionados que se puedan brindar al estudiante conforme al Código de Reglamento Federal (CFR) 34, parte 300.

**Al marcar SÍ y firmar este documento de autorización, entiendo y acepto que:**

- Mi firma en este formulario permite a la escuela o distrito escolar/escuela autónoma mencionado anteriormente a usar la información de mis beneficios públicos o seguro o los del estudiante para pagar los servicios conforme al CFR 34, parte 300, que resume la educación especial y servicios relacionados de acuerdo con la ley de educación para personas con discapacidad.
- Mi firma es voluntaria y los servicios no dependen de mi autorización.
- Mi firma es válida hasta el momento en que se revoque.
- Puedo revocar mi aprobación en cualquier momento por escrito al organismo de origen, cuya revocación será válida al momento de recibirla, pero que no afectará las acciones anteriores a la recepción de dicha revocación.
- Tengo derecho a solicitar y recibir una copia de los expedientes que se han entregado a Medicaid por parte del distrito escolar o la escuela autónoma.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.
- La solicitud del uso de estos fondos NO afecta los derechos de este estudiante/sus derechos a una educación pública justa y adecuada ni le costará dinero a usted o a su familia. No habrá copagos, no perderá la elegibilidad de Medicaid y tampoco se verán afectados los beneficios de por vida de Medicaid como resultado de este consentimiento.

**Al marcar NO y firmar este documento, me niego a usar estos fondos.**

- Entiendo que tengo derecho de rechazar el permiso al uso de estos fondos para pagar los servicios conforme al CFR 34, parte 300, con relación a educación especial y servicios relacionados de acuerdo con la ley de educación para personas con discapacidad.

<input type="checkbox"/> SÍ, autorizo a la escuela a compartir la información educativa y relacionada con la salud de este estudiante con Medicaid, incluida la información de facturación.
<input type="checkbox"/> NO, no autorizo a la escuela a compartir educativa y relacionada con la salud de este estudiante con Medicaid.
Firmado por (solo marque una): <input type="checkbox"/> Estudiante (si es mayor de 18 años) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Custodio
Firma del estudiante (si es mayor de 18 años) _____
Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____
Firma del padre/tutor (si el estudiante es menor de 18 años): _____
Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____