



# MEDICAID PARENTAL CONSENT

Como ustedes saben, el sistema Escolar del Condado de Prince George proporciona servicio de coordinación y servicios relacionados con la salud descrita en el Plan de Educación Individualizado (IEP) de su hijo. Consentimiento de los padres debe obtenerse antes que el sistema Escolar del Condado de Prince George, para propósitos de facturación, puede revelar información personal identificable de su hijo para el Departamento de salud de Maryland y la Higiene Mental (DHMH). DHMH es la agencia del Estado responsable de la administración del programa de asistencia médica, compatible con los derechos educativos de la familia y la Ley de privacidad (FERPA) y los individuales con el Acto de discapacidad (IDEA).

*Su consentimiento para divulgar la información para facturar a Medicaid, permitirá que el sistema Escolar del Condado de Prince George recibir el máximo reembolso de Medicaid por los servicios proporcionados en lugar de cubrir los gastos únicamente por sus dólares de impuestos locales. Fondos de Medicaid ayudará a las Escuelas Públicas del Condado de Prince George, a ampliar y mejorar los servicios a su hijo.*

Con el fin de proporcionar una educación pública gratis y apropiada a su hijo, el sistema Escolar de no podrá:

- Requerir que se inscriba o se matricule en Asistencia Medicaid del Estado, para que su hijo reciba FAPE abajo IDEA,
- Requerir que usted incurra en una fuera de gasto de bolsillo como el pago de una cantidad de deducible o co-pago incurrido en presentar una reclamación por servicios,
- Utilizar los beneficios de su hijo bajo asistencia médica si el uso sería:
  - Beneficio de cobertura de por vida disponible de disminución o cualquier otro asegurado;
  - Resultado en su familia pagando por servicios que de lo contrario serían cubiertos por Asistencia Medicaid y que son necesarios para que su hijo fuera el tiempo que su hijo está en la escuela;
  - Aumentar las primas o conducir a la suspensión de beneficios o seguros; o
  - El riesgo de pérdida de elegibilidad para exenciones basadas en la comunidad y hogar, basado en totales gastos relacionados con la salud.

- ✓ Yo doy mi consentimiento para el Sistema Escolar del Condado de Prince George para revelar información personalmente identificable de mi hijo al programa de asistencia médica del Estado para poder acceder a los beneficios de asistencia de Medicaid.
- ✓ Yo doy permiso al Sistema Escolar del Condado de Prince George para recuperar los costos de Medicaid para coordinación de servicios, así como servicios relacionados con la salud, relacionados con la implementación de las metas del IEP de mi hijo.
- ✓ Yo entiendo que si me niego a permitir que el proveedor de agencia acceda a los fondos de MA, no libera la agencia público de su responsabilidad de garantizar que todos los necesarios servicios son proporcionados a mi hijo sin costo alguno para los padres.
- ✓ Yo entiendo que este servicio no restringir u otra forma afectar la elegibilidad de mi niño para otros beneficios de asistencia médica. También entiendo que mi niño no puede recibir un tipo similar de servicio de administración de casos bajo asistencia médica si él o ella califican para más de un tipo.
- ✓ Yo entiendo que el Sistema Escolar del Condado de Prince George someterá información que se utilizará para el sistema de información de servicios especial. Este sistema será utilizado por el MSDE y otras agencias de Estados según apropiado; que permiten la financiación de los programas y para asegurar los derechos de mi hijo a cualquiera necesitan evaluación.
- ✓ Yo por lo presente autorizo a las Escuelas Públicas del Condado de Prince George para compartir información con el Departamento de salud del Estado de MD y la Higiene Mental (DHMH) y para propósito de facturación de Medicaid para cubrir los casos de manejo y servicios relacionados a salud de Medicaid que son identificados en el Plan de Educación Individualizado (IEP) de mi hijo.
- ✓ Yo entiendo que el uso de mi seguro Medicaid para recuperar el costo de los servicios de educación especial no restringir u otra forma afectar la elegibilidad de mi niño para otros beneficios del seguro Medicaid.
- ✓ Yo también entiendo que si elijo a negar el consentimiento, las Escuelas del Condado de Prince George están obligadas a proporcionar todos los servicios de educación especial requeridos sin costo alguno para mí.
- ✓ Yo doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que puedo retirar ese consentimiento en cualquier momento. También entiendo que el derecho de mi hijo / a una educación pública gratuita apropiada (FAPE) es de ninguna manera depende de mí consentimiento concesión.

**Padre / guardián Firma:** \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Estudiante # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_ asistencia médica # \_\_\_\_\_