

Our school district is participating in a system where the federal government's Medicaid will pay state and local school districts for a portion of the costs of health-related special education services provided to Medicaid eligible children. Your child will continue to receive services at no cost to you under this new system. This initiative simply helps us maximize federal funds in support of local education. The information you voluntarily provide by completing this consent form will only be used for the purposes identified.

Please fill in the information below, sign the form, and return it to the address indicated.

CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION TO ACCESS MEDICAID REIMBURSEMENT FOR HEALTH RELATED SUPPORT SERVICES

Child's Name: _____
(First) (Mid. Initial) (Last)

Child's Date of Birth: ____ / ____ / ____
(Month) (Date) (Year)

As parent/guardian of the child named above, I give permission to disclose information from my child's educational records to local, state, and federal agency representatives for the sole purpose of claiming Medicaid reimbursement for health related support services in my child's Individualized Education Program (IEP).

Signature: _____ Date: _____
(Parent or person in parental relationship) (Month/Day/Year)

Please return this form to:

Nuestro distrito escolar esta participando en un programa por el cual el gobierno federal le pagará a distritos escolares con dólares del “Medicaid” parte de los gastos de salud relacionados con la educación especial a estudiantes elegibles para el “Medicaid”. Bajo este programa, su niño continuará recibiendo estos servicios sin costo alguno a Usted. Este programa simplemente nos ayudará a aumentar los fondos federales que apoyan la educación. La información que Usted proveerá en esta autorización será empleada solo para este propósito.

Por favor, escriba la información requerida, firme el formulario, y devuelvalo a la dirección indicada.

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PARA OBTENER PAGO DEL
MEDICAID PARA SERVICIOS DE SALUD**

Nombre del Estudiante: _____
(Nombre) (2do. Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento del Estudiante: ____/____/____
(Mes) (Dia) (Año)

Como padre/tutor del estudiante aqui nombrado, doy mi permiso para revelar la información de los archivos escolares de mi hijo a los representantes de agencias locales, estatales, y federales con el propósito único de obtener pago de Medicaid para los servicios de salud del Programa de Educación Individualizado (IEP) de mi hijo.

Firma: _____ Fecha: _____
(Nombre y apellido de padre/tutor del estudiante) (Mes/Dia/Año)

Por favor devuelva este formulario a la escuela del estudiante.

