Formulario de consentimiento de los padres
Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI)

_____Distrito Escolar

Nuestro distrito escolar participa en el programa de Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), que permite a los distritos escolares facturar al programa de salud Medicaid por servicios que se proporcionan a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley federal sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), 34CFR§99.30 y la Sección 617 de la Parte B de la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) sobre requisitos de consentimiento en 34 CFR§300.622, se necesita un consentimiento único antes de poder acceder a beneficios públicos.

Este consentimiento establece que los datos personales identificables de su hijo(a), tales como su historial en la escuela o información acerca de los servicios que le son proporcionados, incluyendo las evaluaciones y los servicios especificados en el Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) que recibe su hijo(a) (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, orientación psicológica, audiología, enfermería y transporte especializado), pueden ser revelados al programa Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el distrito escolar.

Como padre o madre/tutor del o la menor nombrado(a) abajo, doy permiso para que se revele la información descrita anteriormente; así como entiendo y acepto que Medicaid puede tener acceso a los beneficios públicos o seguros públicos de mi hijo(a) o míos para pagar los servicios de educación especial o relacionados al amparo de la Parte 300 (servicios bajo IDEA). Entiendo que el distrito escolar aún necesita proporcionar servicios a mi hijo(a) de conformidad con su IEP, independientemente de mi estado de elegilibilidad de Medicaid o deseo para consentir la facturación al SEMI.

Entiendo que la facturación para estos servicios por el distrito **no afecta** mi capacidad para acceder a estos servicios para mi hijo(a) fuera del entorno escolar, ni mi familia incurrirá en ningún costo inclusive copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad o afectará en los beneficios de por vida.

Nombre del niño(a):_____

Fecha de nacimiento del niño(a):_____/_____/_____

Padre:_____/Tutor:_____

Fecha:_____/_____/_____

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI: Sí ☐
No ☐

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, poniéndose en contacto por escrito con el coordinador del caso de su hijo(a) o con el administrador de la escuela de su hijo(a).