

Berrien Regional Education Service Agency
(Agencia de Servicio Educativo Regional del Condado de Berrien)

Consentimiento para Servicios de Medicaid Escolar

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Distrito Escolar: _____

El Servicio de Medicaid Escolar en Michigan:

- Proporciona reembolso parcial por servicios médicos a los distritos escolares por servicios tales como Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla, Servicios Psicológicos, Trabajo Social, Orientación y Movilidad, Transporte, Enfermería, Administración de Casos y Servicios de Asistencia Tecnológica.
- No afecta los beneficios del seguro de familia de Medicaid y NO hay costo alguno para la familia, ni ahora ni en el futuro.
- Ayuda a los distritos escolares para compensar algunos de los costos por servicios médicos prestados a estudiantes.
- Es voluntario y requiere que un padre o guardián dé su consentimiento por escrito para divulgar información acerca de su hijo a la agencia de Medicaid de Michigan y sus afiliados para obtener el reembolso. Esto puede incluir el nombre, dirección, fecha de nacimiento, carnet de estudiante, ID de Medicaid, la discapacidad, las fechas y los servicios prestados.

Si su hijo(a) recibe cualquiera de los servicios mencionados anteriormente y califica para los beneficios de Medicaid en cualquier momento durante el año escolar, solicitamos su permiso para divulgar información que permita su distrito escolar acceder el reembolso de Medicaid Escolar. Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento. Si usted no da su consentimiento, el distrito seguirá proporcionando los servicios.

Entiendo y estoy de acuerdo en que Berrien RESA y sus distritos locales pueden acceder los beneficios públicos de mi hijo(a) o información de seguros con el fin de obtener el reembolso por los servicios prestados que se indican en el Programa de Educación Individualizada (IEP) o Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP).

También he recibido una copia de la Notificación Anual de Medicaid sobre el consentimiento de los padres.

FECHA: _____

Firma del Padre/Guardián: _____