

NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO INICIAL DE LOS PADRES PARA FACTURAR AL PROGRAMA MEDICAID EN LAS ESCUELAS DEL ANCHORAGE SCHOOL DISTRICT

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

El Anchorage School District (ASD, Distrito Escolar de Anchorage) participa en el Programa Alaska Medicaid School-Based Services (SBS Medicaid, Servicios de Medicaid en las Escuelas).

El programa School-Based Services (SBS) de Medicaid*:

SÍ:

- o Permite que las escuelas reciban fondos federales de Medicaid en forma de un reembolso parcial por los servicios médicamente necesarios y educativamente necesarios que califiquen y estén relacionados con la salud que presten a los estudiantes, como, entre otros, los siguientes: terapia ocupacional, fisioterapia, servicios relativos a habla o al lenguaje, servicios de audiología, de enfermería, de psicología, de consejería o de salud del comportamiento.
- o Ayuda a las escuelas a cubrir algunos costos de los servicios brindados a los estudiantes.
- o Exige la firma de un consentimiento único de Medicaid por parte de los padres o del tutor para compartir información pertinente del estudiante, como datos demográficos, de diagnóstico y registros de los servicios prestados por Alaska Medicaid y su agencia de facturación contratada para obtener reembolsos por los servicios prestados a su hijo.
- o Exige que las escuelas proporcionen a las familias un aviso por escrito una vez al año en donde les informen sobre sus derechos en cuanto a SBS Medicaid por los consentimientos firmados a Medicaid.

NO:

- o Tiene consecuencias para el estudiante en el acceso a los servicios académicos y de apoyo que necesita.
- o Exige que los estudiantes se inscriban en Medicaid.
- o Tiene ningún costo para la familia.
- o Afecta a la elegibilidad para el seguro de Medicaid, los beneficios del seguro ni los límites de por vida del estudiante o de la familia.

SÍ, autorizo a la oficina de SBS Medicaid del ASD a divulgar información de mi hijo a fin de verificar la elegibilidad de Alaska Medicaid y de facturar a Alaska Medicaid para obtener reembolsos por los servicios elegibles brindados a mi hijo.

NO, no autorizo a la oficina de SBS Medicaid del ASD a divulgar información de mi hijo a Alaska Medicaid.

Al otorgar mi autorización, reconozco lo siguiente:

Me han informado mis derechos en cuanto a la divulgación de información pertinente del expediente educativo a fin de que el ASD verifique la elegibilidad de Medicaid y obtenga ~~reembolsos~~ por los servicios elegibles.

Entiendo que este consentimiento es voluntario y tengo derecho de revocarlo en cualquier momento.

Si revoco el consentimiento, esto es válido a partir de la fecha de revocación en adelante y no se aplica de manera retroactiva, lo que significa que la revocación no anulará las verificaciones ni los reclamos ya realizados a Alaska Medicaid durante los periodos cubiertos por un consentimiento anterior.

Firma del padre, de la madre o del tutor: _____ Fecha: _____

Relación con ~~est~~7.9 (ap)9..3 (t)- 207.36 207.36 20rBcu