

**C4S – Cuidado de Estudiantes** Notificación y consentimiento de los padres de Medicaid para tratar y facturar

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (nombre y apellido)\*

FECHA DE NACIMIENTO\*

DISTRITO QUE ASISTE AL ESTUDIANTE\*

Distritos asistentes de **Washtenaw ISD: (Ann Arbor, Chelsea, Dexter, Lincoln, Manchester, Milan, Saline, Whitmore Lake, Ypsilanti)**

Si su hijo requiere servicios médicos o socioemocionales que se enumeran a continuación y tiene un Plan de Atención, IEP (Programa de Educación Individualizada), IFSP (Plan de Servicio Familiar Individualizado), Plan 504, plan de atención médica o necesita servicios de apoyo en caso de crisis y es elegible para Medicaid en cualquier momento durante el año escolar, solicitamos su permiso para tratar/intervenir con su hijo y facturar al programa estatal de Medicaid para recibir fondos para ayudar a apoyar los servicios que recibió su hijo.

**Los servicios apoyados incluyen:** terapia del habla / lenguaje, terapia ocupacional, terapia física, servicios de trabajo social, servicios psicológicos, servicios de enfermería, orientación y movilidad, servicios de tecnología de asistencia, administración de casos, cuidado personal, evaluaciones y transporte.

**Facturar al programa estatal de Medicaid por los servicios escolares de su hijo NO afecta los beneficios del seguro de Medicaid de su familia y NO tiene costo para su familia ahora o en el futuro.**

**Simplemente le estamos pidiendo permiso para proporcionar intervención médica y / o socioemocional y reclamar fondos reservados por el estado para ayudar a las escuelas a proporcionar los servicios enumerados en el plan de su hijo.**

Facturar al programa estatal de Medicaid requiere que divulguemos información de los registros educativos de su hijo al estado, que podría incluir escuela, fecha de nacimiento, sexo, discapacidad, fecha de servicio, tipo de servicio. Si su estudiante recibe Servicios de Educación Especial, recibirá una Notificación Anual sobre el Consentimiento de los Padres en el Manual de Información para Padres.

Tiene derecho a negarse a dar su consentimiento para facturar al sistema estatal de Medicaid, y tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Si marca "no" a continuación, el distrito seguirá proporcionando los servicios, pero el distrito no recibirá fondos del sistema estatal de Medicaid para estos servicios.

**CONSENTIMIENTO: Entiendo y acepto que el ISD y sus distritos escolares locales pueden:**

**Elija una de las siguientes opciones:\***

Sí, facturar al programa de seguro del Estado de Michigan el reembolso de los servicios escolares proporcionados a mi hijo y divulgar información de identificación personal de los registros educativos de mi hijo (incluida la escuela, la fecha de nacimiento, el sexo, discapacidad, fecha de servicio, tipo de servicio) a Michigan Medicaid y sus agencias de facturación para el reembolso de Medicaid de servicios prestados en o después de mi fecha de firma. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

No, no doy permiso para que el ISD y sus distritos escolares locales facturen al sistema estatal de Medicaid el reembolso de los servicios escolares proporcionados a mi hijo.

**Firma del padre o tutor\***

**Fecha de firma\***

---

---