|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** | | | **SIMS:** |
| **NOMBRE DEL PADRE/MADRE DE FAMILIA/REPRESENTANTE GUARDIAN:** | | | **TELEFONO:** |
| **DIRECCION:** | | | **TELEFONO DEL TRABAJO:** |
| **DISTRITO ESCOLAR:** | | **ESCUELA:** | |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | **EDAD:** | | **GRADO:** |
|  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMERO DE *MEDICAID*:** | |
| **NOMBRE DEL MEDICO:** | **TELEFONO:** |
| **DIRECCION:** | |

|  |
| --- |
| **(Por favor firme y devuelva)**  El distrito debe obtener consentimiento escrito de los padres de acuerdo con § 24:05:29:13 antes de acceder por primera vez a beneficios públicos o seguro del estudiante o de los padres.  **Entiendo lo siguiente:**   1. **Información de identificación personal puede ser revelada (ejemplo; registros o información acerca de los servicios que pueden ser proporcionados a un estudiante en particular.** 2. **Propósito de la revelación de información (ejemplo; facturas de servicios bajo las reglas estatales de educación especial);** 3. **La revelación de la información se hará a la agencia estatal de *Medicaid*; y** 4. **Los padres entienden y están de acuerdo que la agencia pública puede acceder a los beneficios públicos o seguro de los padres o estudiante para pagar los servicios bajo las reglas estatales de educación especial.**   ☐ **DOY CONSENTIMIENTO1** para que el Distrito        presente reclamaciones a *Medicaid* por los servicios cubiertos. Autorizo a *Medicaid* pagar al Distrito        . Autorizo la revelación de cualquier información del Distrito        a *Medicaid* según sea necesario para solicitar el pago de beneficios. Entiendo que, si tengo seguro de salud privado, *Medicaid* tiene el derecho de recuperar los costos de fondos provenientes de mi seguro de salud privado. Entiendo que estos costos pueden contarse contra el límite-de-por-vida de mi seguro de salud privado. Además, entiendo que no incurriré en gastos de mi bolsillo para el pago de deducible o copago por la presentación de un reclamo por servicios. Sin embargo, el distrito puede pagar el costo que de otro modo se debería pagar para acceder a mis beneficios o seguro de salud privado o público. Entiendo que, si no permito al distrito el acceso a mis beneficios públicos o de seguro, el distrito aún debe proporcionarle a mi hijo todos los servicios necesarios para garantizar la FAPE sin costo alguno para mí.  Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento notificando al Distrito        por escrito.  **(Refer to ARSD 24:05:14:01.02 through 24:05:14:01.06)**  ☐ **NO CONSIENTO1** que el distrito        presente reclamaciones a *Medicaid* por servicios cubiertos.  Firma del Padre/madre de familia / Representante Guardián:  Fecha: |

|  |
| --- |
| **Para Uso de Distrito:**  Fecha en que el distrito recibió el consentimiento: |

La definición del consentimiento se puede encontrar en las Reglas Administrativas de South Dakota (ARSD) 24:05:29:13 y

(ARSD) 24:05:13:01(8)