|  |
| --- |
|  |
| **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)