

SOUTHWEST KANSAS AREA COOPERATIVE DISTRICT 613

Consentimiento de los Padres para abrir información para notificación y reembolso del Medicaid

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____

Se concede permiso al Southwest Kansas Area Cooperative District 613, LEA, para compartir información apropiada sobre el estudiante enlistado con la Autoridad de Política de Salud de Kansas; entonces el LEA, puede, si esto es aplicable, buscar reembolso por cualquier servicio relacionado con la salud, que son reclamables según el título XIX del Programa Medicaid.

De acuerdo con lo mencionado, yo comprendo que el LEA también puede obtener una "Prescripción del Doctor" por alguno o por todos los servicios de salud ofrecidos al estudiante. Por lo tanto, yo doy mi permiso para que el LEA, si esto es aplicable, comparta partes del Plan de Educación Individual del estudiante (IEP) con un profesional de salud calificado para obtener las prescripciones del Doctor.

Yo comprendo que el LEA es requerido a ofrecer ciertos servicios relacionados con la salud de cualquier estudiante que tiene un IEP, sin costo adicional para los padres o los guardianes. Yo comprendo que mi firma o si fallo a firmar esta forma no afectará los servicios ofrecidos al estudiante.

Yo comprendo todo lo expresado en esta forma y por lo tanto concedo los permisos requeridos.

Firma de los Padres (Guardián) _____ Fecha _____

Estimado Proveedor de Salud: Como se especifica en el IEP del estudiante, este estudiante califica para recibir uno o más de los siguientes servicios durante el periodo del IEP:

Servicios de Enfermería

Terapia Física

Evaluación Sicológica

Servicios de Consejería

Terapia Ocupacional

Terapia de Habla y Lenguaje

Si es apropiado, el LEA hará reclamos de reembolsos ante la Autoridad de Política de Salud de Kansas. Pero antes, el LEA debe obtener la firma de un proveedor de salud calificado.

Tu firma certifica que el estudiante califica para recibir todos los servicios especificados en su IEP. Este documento servirá como la requerida Prescripción del Doctor relacionados con esos servicios.

Firma Médicos _____ Fecha _____