



Bamberg County School District
Empowering Every Child, Every Day.

Consentimiento General de Medicaid

El Bamberg County School District (Distrito) y el Departamento de Educación de Carolina del Sur (SCDE, por sus siglas en inglés) tienen mi permiso para prestar servicios a mi hijo(a) y divulgar e intercambiar información médica, psicológica y otra información confidencial de identificación personal, según sea necesario, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS, por sus siglas en inglés) y a cualquier aseguradora de terceros aplicable en relación con los servicios facturables prestados a mi hijo(a). Entiendo que el propósito de este consentimiento es facturar a Medicaid y/o a una aseguradora privada por servicios bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés).

Al firmar este formulario, autorizo al Distrito y al SCDE a facturar y recibir pagos de Medicaid y de cualquier aseguradora de terceros por servicios de diagnóstico y evaluación psicológica, servicios de salud conductual, servicios de enfermería y otros servicios de detección y tratamiento relacionados con la salud que puedan facturarse a Medicaid o a una aseguradora de terceros con o sin el requisito de un programa educativo individualizado (IEP, por sus siglas en inglés). El Distrito me proporcionó una notificación por escrito de acuerdo con el reglamento de IDEA en 34 C.F.R. §§ 300.154(d)(2)(v) y 300.503(c), antes de que yo firmara este consentimiento para divulgar información para facturar a Medicaid o a cualquier aseguradora de terceros y antes de acceder a los beneficios de Medicaid o de la aseguradora de terceros de mi hijo(a).

Además, entiendo que el Distrito debe proporcionarme una notificación anual por escrito de mis derechos en relación con Medicaid o cualquier aseguradora de terceros que acceda a la información de mi hijo(a) y antes de que el Distrito y el SCDE accedan a mis beneficios para pagar los servicios bajo la ley IDEA. Este consentimiento para la divulgación de información para facturar a Medicaid y a cualquier asegurador de terceros es un consentimiento único y no se requiere anualmente a partir de entonces, a menos que haya un cambio en el tipo o la cantidad de servicios que se proporcionarán a mi hijo(a) o un cambio en el costo de los servicios que se cobrarán a Medicaid o a un asegurador de terceros. Entiendo que el reembolso de Medicaid y de los seguros de terceros por los servicios facturables prestados por el Distrito y el SCDE no afectará a ningún otro servicio de Medicaid ni a los beneficios del seguro para los que mi hijo(a) sea elegible. Entiendo que mi hijo(a) recibirá los servicios enumerados en el IEP independientemente de que esté cubierto por programas de seguros públicos o privados e independientemente de que yo dé mi consentimiento para acceder a esos beneficios. Entiendo que mi negativa a dar mi consentimiento para que el SCDHHS o cualquier aseguradora de terceros tenga acceso a la información de identificación personal de mi hijo(a) no exime al Distrito de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo(a) se proporcionen sin costo alguno para mí.

Entiendo que este consentimiento es voluntario por mi parte y puede ser revocado en cualquier momento. Si más tarde revoco el consentimiento, la revocación no es retroactiva (es decir, no anula una acción que ocurrió después de dar el consentimiento y antes de revocarlo). También entiendo que el Distrito y el SCDE operarán bajo las directrices de la IDEA y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés) para garantizar la confidencialidad en relación con el tratamiento de mi hijo y la prestación de servicios.

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicaid #: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____