



NOTIFICACIÓN DE USO DE BENEFICIOS PÚBLICOS (Medicaid) O SEGURO PARA PAGAR SERVICIOS BAJO LA IDEA

Esta notificación es para informarle de la intención del Bamberg County School District y el Departamento de Educación de Carolina del Sur (SCDE) para facturar a Medicaid y / o al seguro de terceros y recibir el pago de Medicaid y / o cualquier otra aseguradora por servicios relacionados con la salud, según lo permitido por la Parte B de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) y como se establece en el programa de educación individualizado (IEP) de su hijo. El distrito o agencia y el SCDE también pueden facturar a Medicaid por servicios de evaluación psicológica, servicios de enfermería y otros servicios de tratamiento relacionados con la salud facturables a Medicaid sin el requisito de un IEP. El distrito o la agencia debe proporcionarle este aviso antes de solicitar su consentimiento para facturar a Medicaid y / o cualquier seguro de terceros y una vez al año a partir de entonces por los servicios que el distrito o la agencia proporcionará en el futuro. Este documento también sirve como aviso de que el distrito o agencia y el SCDE divulgarán e intercambiarán información médica, psicológica y otra información confidencial identificable personal, según sea necesario, al Departamento de Salud y Servicios Humanos y a cualquier otra compañía aseguradora correspondiente con respecto a la salud. servicios relacionados proporcionados a su hijo. El reembolso de Medicaid por motivos de salud relacionados con la escuela no afectará ningún otro servicio de Medicaid para el que su hijo sea elegible. El distrito o la agencia no puede facturar a Medicaid o al programa de seguro de su hijo si disminuirá la cobertura de por vida disponible o cualquier otro beneficio de seguro, si la familia paga por servicios que de otra manera estarían cubiertos, aumenta las primas de su seguro o corre el riesgo de perder la elegibilidad para la exención. programas. Su hijo recibirá los servicios enumerados en el IEP independientemente de si inscribe a su hijo en programas de seguro o beneficios públicos o privados y si proporciona o no su consentimiento para que el distrito o la agencia facture a Medicaid por los servicios. Su negativa a permitir el acceso a Medicaid o cualquier otra compañía aseguradora no exime al Distrito de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos se brinden sin costo alguno para usted. Cualquier consentimiento previo, actual o futuro para facturar a Medicaid o al seguro fue voluntario y puede revocar su consentimiento en cualquier momento. Si elige revocar el consentimiento, esa revocación no es retroactiva (es decir, no niega una acción que haya ocurrido después de que se otorgó el consentimiento y antes de que se revocara el consentimiento). El Distrito y el SCDE continuarán operando bajo las pautas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento de su hijo y la provisión de servicios relacionados con la salud. El nombre del estudiante:
Nombre de los padres:

Nombre de estudiante: _____ Medicaid #: _____

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