

PURPOSE: This form asks for your consent to obtain information from the Department of Social and Health Services, Medical Assistance Administration for the purpose of Medicaid eligibility verification. If you have questions regarding this request, you may call the school district director of special education for an explanation as to why the request is being made.

MEDICAID ELIGIBILITY VERIFICATION

State law requires the school district to submit claims for health-related services provided to special education students or students referred for special education. These services include physical therapy, occupational therapy, speech-language therapy, audiology, nursing, counseling, and psychological evaluation.

With your permission, we will submit your student’s name and birth date to the Department of Social and Health Services (DSHS) to verify Medicaid eligibility. Such a request will in no way negatively impact services included in your child’s individualized education program (IEP).

By giving consent, you are acknowledging that (1) you have been fully informed of all information relevant to the activity for which consent is sought; (2) you understand that the granting of consent is voluntary on your part and may be revoked at any time; and (3) if you revoke consent, the revocation is not retroactive; which means that it does not negate any activity that has already taken place.

	I do give consent to verify Medicaid eligibility with DSHS.
	I do not give consent to verify Medicaid eligibility with DSHS.

Parent/guardian signature	Date
Student Name	Date of birth

PROPOSITO: Este formulario pide su consentimiento para obtener información del Departamento de Servicios Sociales y de Salud, de la Administración de Ayuda Médica , con el propósito de verificar elegibilidad para Medicaid.

Si usted tiene preguntas respecto de este pedido puede llamar al Director de Educación Especial del Distrito Escolar, para solicitar una explicación del por qué se le hace este pedido.

VERIFICACION DE ELIGIBILIDAD PARA MEDICAID

La ley estatal requiere que el Distrito Escolar presente cobranzas por servicios relacionados a la salud proporcionados a estudiantes de educación especial o referidos a educación especial. Estos servicios incluyen: terapia física, terapia ocupacional, terapia de habla y lenguaje, audiolgía, enfermera, consejero y evaluaciones psicológicas.

Con su autorización, presentaremos el nombre y fecha de nacimiento de su estudiante al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) para verificar la elegibilidad para Medicaid. Esta petición no afectará de ninguna manera negativa los servicios incluidos en el Programa de Educación Individualizada (IEP/PEI) de su hijo/a.

Dando su consentimiento usted reconoce que (1) se le ha informado claramente de todo lo relevante a la actividad para la cual se le pide autorización; (2) usted comprende que su consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento; y (3) si usted revoca su consentimiento, esta revocación no es retroactiva, lo que significa que no invalida ninguna actividad que ya haya ocurrido.

- DOY** mi consentimiento para verificar elegibilidad para Medicaid con DSHS.
- NO DOY** mi consentimiento para verificar elegibilidad para Medicaid con DSHS.

Firma Padre/ Tutor	Fecha
Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento