

**SED-F061**

**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, audiología, 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