

**PERMISO DE LOS PADRES
para recibir Servicios Escolares de Medicaid**

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Complejo Escolar al que asiste: _____

El Distrito Escolar de Anchorage participará en el Programa de Servicios Escolares de Medicaid Alaska. Este programa permite a los distritos escolares facturar a Medicaid para recibir un reembolso parcial de los servicios de salud que se brindan en las escuelas a los estudiantes elegibles por Medicaid y que reciben servicios de educación especial. Los servicios escolares de Medicaid incluyen terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y lenguaje, servicios audiológicos y servicios de salud de la conducta.

Si su hijo(a) recibe alguno de los servicios anteriormente mencionados y califica para recibir beneficios de Medicaid en cualquier momento durante el año escolar, **le pedimos su permiso para facturar al seguro Medicaid de su hijo(a) para recibir un reembolso por los servicios que haya recibido a partir del 7 de enero de 2013.** Una vez que se divulgue la información de la facturación, también se entregará a Medicaid la información sobre el tratamiento de servicios escolares de su hijo(a). Usted tiene el derecho a negarse a consentir facturar a Medicaid, así como también tiene el derecho a revocar este consentimiento de facturación. Si usted no realiza el consentimiento, el distrito seguirá brindando los servicios pero no recibirá ningún reembolso de Medicaid por dichos servicios.

Los fondos recibidos del programa de Servicios Escolares de Medicaid se utilizarán para reembolsar al Distrito Escolar de Anchorage por los costos del personal que brinda servicios relacionados de salud del PEI.

Facturar al programa Medicaid por los Servicios Escolares de su hijo(a) no afectará ningún otro de los beneficios de Medicaid que su hijo(a) podría recibir.

Comprendo y estoy de acuerdo en que el ASD acceda al seguro Medicaid de mi hijo(a) para pagar los servicios.

Doy mi permiso para que el Distrito Escolar de Anchorage facture al seguro Medicaid de mi hijo(a) para que reciba un reembolso por los Servicios Escolares que comenzaron en enero de 2013.

Firma del Padre / Tutor: _____ **Fecha:** _____

Relación con el Estudiante: _____

de Identificación Medicaid del Menor: _____

☐ No doy mi permiso o el estudiante no es elegible por Medicaid

Por favor, devuelva este formulario a la Oficina Medicaid del ASD, 5530 E Northern Lights Blvd.