

Consentimiento de los Padres para Divulgación de Información y Reembolso de Medicaid - Kansas

Consentimiento para Divulgación de Información:

Doy mi consentimiento a _____ (Escuela) para divulgar registros o información sobre la participación de mi hijo en servicios a médicos participantes, otros proveedores de salud, el Departamento de Salud y Ambiente de Kansas (KDHE), cualquier agente de facturación de KDHE y cualquier agente escolar de facturación, según sea necesario, para procesar los reclamos de reembolso de KDHE por servicios cubiertos relacionados con la salud, evaluaciones de estos servicios y transporte, en el día que el estudiante reciba cualquier servicio relativo a la salud, los cuales están descritos en el Programa de Educación Individualizado (IEP) del niño, incluyendo la duración y frecuencia de los servicios IEP.

Garantías Procesales:

- Entiendo que la escuela puede estar obligada a proporcionar ciertos servicios relativos a la salud a un estudiante quien tiene un IEP sin costo adicional para los padres del estudiante, y que mi negativa a firmar este formulario no afectará para que dichos servicios sean proporcionados sin costo para el estudiante mencionado anteriormente.
 - Entiendo que no se me solicitará incurrir en gastos de mi bolsillo tal como el pago de un deducible o monto de copago en el que se incurre al someter un reclamo por servicios. Entiendo que los beneficios de Medicaid de mi hijo no se utilizarán si ese uso:
 - (a) disminuirá la cobertura de por vida disponible o cualquier otro beneficio asegurado;
 - (b) resultará en el pago por parte de su familia por servicios que de otro modo estarían cubiertos por un programa de beneficio público o seguro y que son requeridos por el niño fuera del tiempo que el niño está en la escuela; (c) aumentará las primas o conducirá a la interrupción de beneficios del seguro; o (d) representará un riesgo de perder la elegibilidad para las exenciones basadas en el hogar y la comunidad, en base a los gastos de salud agregados.
 - Entiendo y acepto que la escuela esté solicitando el consentimiento para acceder a los beneficios públicos o seguro del padre o del niño para pagar por servicios bajo 34 C.F.R. Parte 300.
 - También entiendo que el dar consentimiento es voluntario y puede ser retirado en cualquier momento. Si en un momento futuro revoco el consentimiento, esta revocación no es retroactiva (es decir, no invalida cualquier acción que haya ocurrido después que el consentimiento fue dado y antes que el mismo fuera revocado).
- Doy consentimiento para que la escuela presente reclamos al Departamento de Salud y Ambiente de Kansas (KDHE) según se detalló anteriormente.
- No doy consentimiento a que la escuela acceda a los beneficios de Medicaid de mi hijo.

Nombre del Niño

Fecha de Nacimiento

Fecha de Inicio

Firma del Padre/Tutor

Fecha