

Consentimiento para compartir información y solicitar pagos del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)/Programa de Educación Individualizada (IEP) de servicios de salud relacionados

Sección 1: Complete si su hijo recibe educación especial.

Apellido del menor: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de nacimiento del niño (a): _____

Dirección de la casa del niño (a): _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del padre 1: _____

¿Es su domicilio el mismo del de su niño (a)? Sí No Si no, por favor proporciónelo:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número(s) telefónico(s) padre 1: Casa: _____ Trabajo: _____ Otro: _____

Nombre del padre 2: _____

¿Es su domicilio el mismo del de su niño (a)? Sí No Si no, por favor proporciónelo:

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número(s) telefónico(s) padre 2: Casa: _____ Trabajo: _____ Otro: _____

Sección 2: Complete si su niño (a) tiene Asistencia Médica (MA) o MinnesotaCare.

Distrito escolar _____ facturará a MA o MinnesotaCare por los servicios de salud que reciba su niño (a). El tipo, la cantidad y la frecuencia de los servicios se encuentran en el IFSP/IEP. Necesitamos su firma para compartir la información con el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS) para cobrar por estos servicios. La información incluye el nombre de su niño (a), fecha de nacimiento, número de miembro, las fechas de servicios y los códigos del tipo de servicio. Si el DHS o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (DHHS) hace una auditoría, la información compartida también pueden incluir el IFSP/IEP de su niño (a), los informes de evaluación, la documentación del servicio y asistencia y órdenes médicas.

Entiendo que:

Este es un consentimiento para compartir información con el DHS y el DHHS. Se inicia el _____ y es vigente, siempre y cuando mi hijo sea elegible para Educación especial.

- Yo puedo cambiar o cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

- El tipo, la cantidad y la frecuencia de servicios en el IFSP/IEP de mi niño (a).
- Si las pidiera , puedo obtener copias de todos los datos compartidos con el DHS o el DHHS.
- Puedo obtener una copia de este consentimiento.
- Las leyes que protegen los datos privados a veces permiten que éstos se vuelvan a divulgar.
- Si no doy información o no estoy de acuerdo en compartir información con el DHS y el DHHS, los servicios del IFSP/IEP de mi niño (a) no van a cambiar o a cancelarse.

Número de miembro del Programa de Atención de Salud de Minnesota (MHCP): _____

Mi firma permite al el distrito divulgar información a:

- 1) El DHS para recibir pago de MA o MinnesotaCare, y
- 2) el DHS o DHHS si hay una auditoría.

Firma del padre o representante legal: _____ Fecha: _____

Sección 3: Complete si el menor también tiene seguro médico privado

Para los niños con un IFSP: Se requiere su consentimiento a continuación cuando se factura al inicio el seguro de salud privado y cada vez que el IFSP/IEP es revisado debido a un aumento (en la frecuencia, longitud, duración o intensidad) en la prestación de servicios en el IFSP de su niño (a). (34 CFR §303.520 (b) (1) (i)).

Si su hijo recibe Asistencia Médica (MA) o MinnesotaCare y su seguro privado de salud no cubre los servicios del IFSP/IEP que su niño (a) recibe, el distrito puede facturar a MA o MinnesotaCare. Para que podamos determinar si su seguro cubre los servicios, necesitamos información sobre su cobertura de seguro de salud privado. El distrito escolar utilizará esta información para determinar si la compañía de seguro de salud privada cubre los servicios de salud relacionados con el IFSP/IEP que recibe su niño (a).

Nombre de la compañía de seguro de salud privada: _____

Titular de la póliza/Nombre del miembro: _____ Grupo o Número de póliza: _____

Número de identificación de seguro del menor: _____

Relación del titular de la póliza con el menor: Madre Padre Otro

Entiendo que:

- El distrito usará mi información de seguro de salud privado para determinar si el mismo cubre los servicios de salud relacionados con el IFSP/IEP que reciba mi hijo.
- Si el seguro privado no cubre los servicios de salud relacionados con el IFSP/IEP que recibe mi hijo, el distrito escolar puede facturar a MA o MinnesotaCare. (vea la sección 2).
- Para los niños con un IFSP: Mi niño (a) tiene un IFSP y he recibido una copia de la política del sistema estatal de pagos, que incluye: (1) El consentimiento para compartir datos y buscar el pago para el IFSP por Servicios relacionados con la salud; y (2) el Aviso escrito anual relacionados con la facturación a terceros para el IFSP por servicios relacionados con la salud. Esta política me será proporcionada cada vez que se requiera mi consentimiento.

Firma del padre o representante legal: _____ Fecha: _____

Sección 4: Complete si no desea que el distrito facture a MA, MinnesotaCare o cualquier compañía de seguros por los servicios de salud relacionados con el IFSP/IEP de su hijo.

Divulgación o consentimiento rechazado: Elijo no autorizar al distrito para que:

- Comparta información con el DHS para recibir pago por los servicios cubiertos de salud relacionados con el IFSP/IEP.
- Pregunte a mi compañía de seguro médico privado si los servicios de salud relacionados con el IFSP/IEP. están cubiertos, si los servicios no están cubiertos, el distrito escolar puede facturar a MA o MinnesotaCare.

Entiendo que:

- Al firmar este documento, los servicios del IFSP/IEP de mi hijo no van a cambiar o a ser cancelados, y
- Puedo obtener una copia de este formulario cuando cancele el consentimiento.

Firma del padre o representante legal: _____ Fecha: _____