

**Facturando a Medicaid por Servicios –relacionados de Salud**

**Estud:** \_\_\_\_\_

**STN:** \_\_\_\_\_

**Fecha Nacir:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Grado Actual:** \_\_\_\_\_ **Género:** \_\_\_\_\_

Yo autorizo por este medio a la agencia pública a verificar la elegibilidad de mi hijo/a para Medicaid. Yo también autorizo a la agencia pública para que facture al Medicaid por los servicios de salud cubiertos articulados en el programa Individualizado de Educación (PEI) como se provee para mi hijo/a.

Yo entiendo que los fondos recibidos de Medicaid ayudan a pagar el costo para proveer educación especial y servicios relativos. Consentimiento informativo de los padres debe ser obtenido para facturarle a Medicaid al menos anualmente y la agencia pública debe obtener consentimiento de los padres otra vez en cualquier momento que el Programa de Educación Individual sea revisado para solicitar servicios adicionales o aumentar la frecuencia de los servicios.

Adicionalmente, yo entiendo que el derecho de mi niño/a para recibir los servicios listados en el PEI continuarán sin interrupción y sin ningún costo para mí, si yo autorizo o no autorizo la facturación a Medicaid. El dar consentimiento no impactará la cobertura de mi niño/a de Medicaid. Yo entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, pero que la revocación no tendrá efecto alguno en la provisión de información o facturación de Medicaid que haya ocurrido antes de la fecha que la revocación por escrito fue recibida por la agencia pública. Si las solicito, yo puedo recibir copias de los archivos publicados, consiguiente a esta autorización.

---

**Fecha**

**Firma**