

**MUESTRA DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER AL SEGURO O PRESTACIONES PÚBLICAS DE LOS PADRES/TUTORES O ESTUDIANTES PARA LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD EN EL PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO (IEP) DEL ESTUDIANTE**

Este formulario de consentimiento permite al (*Distrito escolar de*) \_\_\_\_\_ facturar el seguro o las prestaciones públicas de usted o su hijo(a) por servicios cubiertos relacionados con la salud (tales como la fisioterapia o la terapia del habla) en el Programa educativo individualizado (IEP). Los fondos recibidos de su seguro o prestaciones públicas ayudan a pagar los costos de la prestación de estos servicios.

**Derechos del estudiante a la educación especial\***

- El derecho de su hijo(a) a recibir los servicios relacionados en su IEP van a continuar sin interrupción y sin costo para usted, independientemente de que usted firme o no firme este formulario.
- Dar su consentimiento no va a tener repercusiones sobre la cobertura de seguro o de las prestaciones públicas de su hijo.
- Usted tiene derecho de negarse a dar su consentimiento o de retirar su consentimiento en cualquier momento.

<p><b>Consentimiento a que el (<i>Distrito escolar de</i>) _____ acceda al seguro o prestaciones públicas de los padres o tutores o del estudiante por concepto de servicios educativos relacionados con la salud prestados al estudiante</b></p> <p>Nombre del estudiante: _____  <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; font-size: small;"> <span>Apellido</span> <span>Segundo nombre</span> <span>Nombre</span> </div> </p> <p>Fecha de nacimiento del estudiante: _____ # de SASID del estudiante _____</p>		
<p>El distrito escolar está procurando la autorización para acceder al seguro o prestaciones públicas de su hijo(a) y divulgar los siguientes datos personales para hacer esto (<i>A llenar por parte del distrito escolar</i>)</p>		
<p>¿Qué documentos se van a divulgar? (por ejemplos, documentos o informaciones acerca de los servicios que se le pueden prestar a un menor en particular)</p>	<p>¿Cuál es el objetivo de la divulgación de los documentos? (por ejemplo, determinación de cumplimiento de los requisitos, facturación por servicios prestados y auditoría).</p>	<p>¿A qué agencia se le van a divulgar los documentos? (por ejemplo Medicaid)</p>
<p>____Yo he repasado el IEP de mi hijo(a) con fecha: _____. Comprendo y estoy de acuerdo en dar mi consentimiento al (<i>Distrito Escolar de</i>) _____ a que facture al seguro o a las prestaciones públicas de mi hijo(a), de conformidad con las leyes estatales y federales, por servicios educativos relacionados con la salud en el IEP de mi hijo(a). Al firmar este consentimiento autorizo al (<i>Distrito escolar de</i>) a dar acceso a la documentación de mi hijo(a) (como se indica anteriormente) al seguro o las prestaciones públicas de mi hijo(a) según sea necesario para los propósitos ya mencionados. Comprendo que, previa solicitud, puedo recibir copias de los documentos divulgados de acuerdo con esta autorización.</p> <p>____ No doy mi consentimiento o retiro mi consentimiento al acceso al seguro o las prestaciones públicas mías o de mi hijo(a) y no doy mi consentimiento o retiro mi consentimiento a la divulgación de los datos personales descritos anteriormente. Comprendo que mi negativa no afecta el acceso de mi hijo(a) a ningún servicio(s) al que tenga derecho de conformidad con la Ley de educación de personas con discapacidades*.</p>		
<p><b>Nombre y firma del padre o tutor:</b></p>		
<p>_____</p> <p style="font-size: small;"><i>Escriba el nombre en letra de molde</i></p>	<p>_____</p> <p style="font-size: small;"><i>Firma</i></p>	<p>_____</p> <p style="font-size: small;"><i>Fecha</i></p>

***Este formulario deberá llevarse y estar disponible para los propósitos de auditoría.***

**MUESTRA DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER AL SEGURO O PRESTACIONES PÚBLICAS DE LOS PADRES/TUTORES O ESTUDIANTES PARA LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD EN EL PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO (IEP) DEL ESTUDIANTE**

Página 2 de 2

Agencia de seguro público del padre/hijo(a): \_\_\_\_\_  
Número de identificación de prestaciones del padre/hijo(a): \_\_\_\_\_  
Dirección de los padres: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de los padres: \_\_\_\_\_

**Nota:**

\* De conformidad con la Ley de educación de personas con discapacidades (IDEA), un distrito escolar le puede pedir a un padre el consentimiento para acceder al seguro o las prestaciones públicas del padre o del hijo(a) para pagar por servicios relacionados con la salud (tales como la fisioterapia o la terapia del habla) establecidos en el IEP del menor (Programa Educativo Individualizado). Antes de acceder a estas prestaciones por primera vez, el distrito escolar deberá dar notificación por escrito de la información acerca del consentimiento y también obtener el permiso por escrito de los padres para utilizar estas prestaciones. Además, el distrito escolar deberá dar al padre o la madre notificación por escrito cada año. Usted tiene derecho de negarse a dar dicho consentimiento; en caso de que se niegue a dar el consentimiento, su hijo(a) todavía seguirá recibiendo todos los servicios establecidos en su IEP sin costo para usted.

*Este formulario deberá llevarse y estar disponible para los propósitos de auditoría.*