

WebKIDSS Development Group Testing
500 E. Sunflower Blvd.
Ozawkie, KS 66070
Phone: 785-876-2214 Fax:

NOTIFICACIÓN PARA ACCEDER A BENEFICIOS PUBLICOS O DE ASEGURANZA

Tras recibir el consentimiento de los padres, la escuela va a presentar reclamaciones ante el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas (KDHE), (incluida la liberación de los registros o la información sobre la participación de su hijo en los servicios de los médicos participantes, otros profesionales de la salud, KDHE, cualquier agentes de facturación KDHE , y cualquier agente de facturación de la escuela, según sea necesario, para procesar las solicitudes de reembolso por KDHE) para los servicios cubiertos relacionados con la salud, la evaluación de estos servicios y transportación, en el día que el estudiante reciba cualquier servicio relacionado con la salud, que se describen en el Programa de Educación Individualizado del niño (IEP), incluyendo la duración y frecuencia de los servicios del IEP.

La escuela tendrá acceso a los beneficios públicos o de seguridad suyos o de su hijo para pagar por los servicios bajo la 34 C.F.R.parte 300.

Con respecto a los servicios necesarios para ofrecer una educación pública gratuita apropiada (FAPE) a su hijo, la escuela no puede:

- Exigir a registrarse o inscribirse en los beneficios públicos o programas de seguridad para que su hijo reciba FAPE.
- Exigirle a incurrir un gasto de su bolsillo, como el pago de una cantidad deducible o co-pago en la presentación de una demanda de servicios, si bien la escuela podría pagar el costo que de otra manera usted tendría que pagar.
- Utilizar los beneficios de su hijo si dicho uso (i) disminuye la cobertura de por vida disponible o cualquier otro beneficio asegurado; (ii) resulta a su familia a pagar por los servicios que de otra manera estarían cubiertos por una utilidad pública o programa de seguridad y que se requieren a su hijo fuera del tiempo que su hijo está en la escuela, (iii) aumentar las primas de seguridad o dar lugar a la suspensión de beneficios o de seguridad, o (iv) el riesgo de perder la elegibilidad para la exención del hogar y comunitaria, sobre la base de los gastos agregados relacionados con la salud.

You have the right to withdraw your consent to disclosure of your child's personally identifiable information to the parties listed above at any time.

El retiro de su consentimiento o reusarse a dar su consentimiento para divulgación de la información de identidad personal de su hijo a las partes mencionadas anteriormente no libera a la escuela de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos sean proporcionados sin costo alguno para usted.

WebKIDSS Development Group Testing
500 E. Sunflower Blvd. Ozawkie, KS 66070
Phone: 785-876-2214 Fax:

Consentimiento de Padres para Liberación de Información y Rembolso de Medicaid

Consentimiento para Liberar Información:

Yo doy mi consentimiento para que la escuela WebKIDSS Development Group Testing libere los registros o información sobre la participación de mi hijo en los servicios a los médicos participantes, otros proveedores de atención médica, el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas(KDHE), y cualquier agente de facturación de KDHE, y cualquier agente de facturación de la escuela, según sea necesario, para el proceso de reclamaciones de reembolso de KDHE por servicios cubiertos relacionados con la salud, evaluaciones de estos servicios y transportación, el día que el estudiante reciba cualquier servicio de salud, que se describen en el Programa Individualizado de Educación (IEP) del niño, incluyen la duración y la frecuencia de los servicios IEP.

Garantías Procesales:

- Entiendo que la escuela requiere prestar determinados servicios relacionados con la salud de un estudiante que tiene un IEP sin costo adicional para los padres, y que mi negativa a firmar no afectará que tales servicios sean proporcionados sin costo alguno para el estudiante nombrado abajo.
- Entiendo que no seré obligado a incurrir en gastos de desembolso como el pago de un deducible o un co-pago incurrido en la presentación de una reclamación por servicios. Entiendo que los beneficios de Medicaid de mi hijo no se utilizarán si ese uso será:
 - a. disminución de cobertura de por vida disponibles o cualquier otro beneficio asegurado;
 - b. resultando a su familia a pagar por servicios que de otra manera estarían cubiertos por un beneficio público o programa de aseguranza y que son necesarios para que el niño fuera del tiempo que el niño está en la escuela;
 - c. aumentar las primas de aseguranza o conducir a la suspensión de los beneficios de aseguranza; o
 - d. riesgo de perder la elegibilidad para la exención del hogar y comunitarias, sobre la base de los gastos agregados con la salud.
- Entiendo y acepto que la escuela está solicitando consentimiento para acceder a los beneficios públicos o aseguranza del niño o padre para pagar por servicios bajo la 34 C.F.R. parte 300.
- También entiendo que el otorgamiento del consentimiento es voluntario y puede ser retirado en cualquier momento. Si mas adelante revoca el consentimiento, la revocación no es retroactiva (es decir, no niega alguna acción que se ha ocurrido después de haberse dado el consentimiento y antes de que el consentimiento sea revocado).

- Doy consentimiento a la escuela para presentar un reclamo al Departamento de Salud de Kansas y Medio Ambiente (KDHE) como se describió anteriormente.
- No doy consentimiento para que la escuela acceda a los beneficios de Medicaid de mi hijo/a.

Nombre:: _____ KIDS ID: _____

Nombre de USD: _____ Fecha de Nacimiento: __ - Fecha de inicio -

Firma del padre/tutor _____
Fecha

WebKIDSS Development Group Testing
500 E. Sunflower Blvd.
Ozawkie, KS 66070
Phone: 785-876-2214 Fax:

Autorización del Medico para Facturación de Medicaid

Nombre y Numero USD:

ID # de Educación del Estudiante

Nombre del Estudiante:

Fecha de Nacimiento del Estudiante:

Nombre del Medico:

Estimado Proveedor de Atención Medica:

Tal como se especifica en el Plan de Individual de Educación del Estudiante (IEP), el estudiante califica para recibir uno o más de los siguientes servicios durante el periodo de tiempo especificado en el IEP del estudiante.

- | | | |
|-------------------------|---------------------------|--|
| Audiología | Terapia Ocupacional | Terapia Física |
| Servicios de Enfermería | Terapia de Habla/Lenguaje | Pruebas Sicológicas/Servicios Sociales |

Si/como sea apropiado, la Agencia de Educación Local (LEA) podrá solicitar el reembolso de Medicaid de Kansas por los servicios que el alumno recibe como se describe arriba. Para hacerlo, sin embargo, la LEA debe obtener la firma de un proveedor de atención médica calificado.

Su firma certifica que el estudiante requiere los servicios arriba mencionado especificado en el IEP del estudiante. En este sentido, este documento servirá como la necesaria "prescripción del médico" con respecto a esos servicios.

Firma del Médico:

Fecha:

Para el período del:

Al: