(Insert district information)

**Medicaid Consent**

Dear Parent/ Guardian of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

This is to ask your permission (consent) to bill your or your child’s Medicaid Insurance Program for special education and related services that are on your child's Individualized Education Program (IEP). This consent allows the School District/ Nassau County to bill for covered health-related services and to release information to the school district’s Medicaid Billing Agent for that purpose. **I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_as the parent/guardian of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**(Print child’s name)**

have received a written notification from the School District that explains my federal rights regarding the use of public benefits or insurance to pay for certain special education and related services.

I understand and agree that the School District may access Medicaid to pay for special education and related services provided to my child.

I understand that: providing consent will not impact my child’s/my Medicaid coverage; upon request, I may review copies of records disclosed pursuant to this authorization; services listed in my child’s IEP must be provided at no cost to me whether or not I give consent to bill Medicaid; I have the right to withdraw consent at any time; and the School District must give me annual written notification of my rights regarding this consent.

I also give my consent for the School District/ Municipality/ Providers to release the following records/information about my child to the State’s Medicaid Agency for the purpose of billing for special education and related services that are in my child’s IEP. The following records will be shared.

|  |  |
| --- | --- |
| **Records to be shared (such as records or information about services your child receives)** | |
| Prescription | Service Provider Attendance |
| Referral | “Under the Direction of” Certification |
| Treatment Logs | “Under the Supervision of” Certification |
| Individualized Education Program - IEP | “Under the Direction of” Logs |
| Attendance Records | “Under the Supervision of” Logs |
| Bus Logs | Calendar |
| Other unnamed documents needed to support a claim to Medicaid |  |

I give my consent voluntarily and understand that I may withdraw my consent at any time. I also understand that my child’s right to receive special education and related services is in no way dependent on my granting consent and that, regardless of my decision to provide this consent, all the required services in my child’s IEP will be provided to my child at no cost to me.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

January 2017

**(Insert District Information)**

**Consentimiento de Medicaid**

Estimado Padre/Guardian de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Esto es para solicitar su permiso (autorización) para fracturar a su or su niño, el seguro de Medicaid para el programa de educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el programa de educación individualizada (IEP) de su niño. Este acuerdo permite que, el Distrito Escolar fracture servicios relacionados.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como padre/guardian de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Imprime nombre de su niño)

acabo de recibir una notificación por escrito del Distrito Escolar que explica mi derechos federales con respecto a la utilización de beneficios público o seguros que pagan ciertos programas de educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y estoy de acuerdo que el distrito escolar puede acceder a Medicaid para que paguen por la educación especial y servicios relacionados de mi niño. Entiendo que: en dar mi consentimiento, no le afectara el seguro de Medicaid de mi niño ; cuando quiero, puedo revisar las copias de los registros/documentos transmitido en virtud de esta autorización; servicios que estan indicado en el IEP de mi niño deben ser proporcionado sin costo a mí, si estoy en acuerdo o no permito dar mi consentimiento a Medicaid; tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento ; y el Distrito Escolar debe mandar (cada año), notificación por escrito sobre mis derechos con respecto a este consentimiento. Yo también doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar mande los registros siguientes/información sobre mi niño, a la Agencia de Medicaid del Estado de Nueva York, para que facturen programas de educación especial y servicios relacionados que están indicado en el IEP de mi niño. Los registros siguientes serán compartidos.

|  |  |
| --- | --- |
| **Registros compartidos (registros/informacion sobre servicios que su niño recibe)** | |
| Prescription | Service Provider Attendance |
| Referral | “Under the Direction of” Certification |
| Treatment Logs | “Under the Supervision of” Certification |
| Individualized Education Program - IEP | “Under the Direction of” Logs |
| Attendance Records | “Under the Supervision of” Logs |
| Bus Logs | Calendar |
| Other unnamed documents needed to support a claim to Medicaid |  |

Doy mi consentimiento voluntario y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Tambien tengo entendido que en mi niño teniendo el derecho de recibir educación especial y servicios relacionados, en ninguna manera depende en mi autorización y que, a pesar de mi decisión de proporcionar este consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi niño, será siempre ofrecido a mi niño sin algun costo a mí.

Firma de Padre/Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

January 2017