**DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE MADISON**

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS EDUCATIVOS - EDUCACIÓN ESPECIAL**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante  | Número de estudiante  | Fecha de nacimiento | Sexo | Grado | Escuela |

**CONSENTIMIENTO PARA COBRARLE A WISCONSIN MEDICAID POR LA EDUCACIÓN ESPECIAL RELACIONADA CON LA SALUD Y SERVICIOS RELACIONADOS**(Consent to Bill WI Medicaid)

Estimados padres o tutor legal: Fecha:

A través del beneficio de servicios de *Medicaid* en la escuela, el Distrito Escolar Metropolitano de Madison puede presentar una solicitud de pago a Wisconsin *Medicaid* por la prestación de servicios cubiertos por *Medicaid* a niños elegibles para *Medicaid* que están inscritos en programas de educación especial. Estos servicios incluyen: servicios de asistencia por un auxiliar, servicios de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, servicios de patologías del habla y del lenguaje, transporte médico especializado, servicios psicológicos, consejería, servicios de trabajo social así como pruebas y evaluaciones del desarrollo. El beneficio de los servicios de Wisconsin *Medicaid* en la escuela es una forma en la que el Distrito Escolar Metropolitano de Madison recibe fondos federales para ayudar a pagar por la educación especial debido a una condición médica y servicios relacionados.

El Distrito Escolar Metropolitano de Madison solicita su consentimiento para cobrarle a Wisconsin *Medicaid* por los servicios relacionados con la salud que se incluyen en el Programa de Educativo Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) de su hijo.

A fin de poder cobrar por estos servicios, es posible que el Distrito Escolar Metropolitano de Madison necesite divulgar los siguientes expedientes académicos: número de estudiante, sexo, fecha de nacimiento, dirección, tipo del servicio provisto, fecha en que se prestó el servicio, cantidad del servicio que se prestó.

Su consentimiento permite que el Distrito Escolar Metropolitano de Madison divulgue a Wisconsin *Medicaid*, si es necesario, los expedientes académicos antes mencionados con el fin de cobrarle a Wisconsin *Medicaid* por los servicios educativos relacionados con la salud prestados a su hijo que se incluyen en su IEP. Tanto ustedes como su hijo, si lo solicitan, pueden recibir copias de los expedientes de su hijo que se compartan con Wisconsin *Medicaid*.

Su consentimiento **no** ocasionará la denegación ni la limitación de servicios comunitarios prestados fuera de la escuela. Si ustedes se niegan a otorgar su consentimiento para que el distrito escolar contacte a Wisconsin *Medicaid* para pagar por la educación especial relacionada con la salud y servicios relacionados, el Distrito Escolar Metropolitano de Madison igualmente debe asegurarse de que todos los servicios de educación especial y servicios relacionados se les proporcionen sin costo alguno.

Su consentimiento es voluntario y puede revocarse en cualquier momento. Si revocan el consentimiento, la revocación no será retroactiva (es decir, no invalidará ningún cobro realizado después de otorgar el consentimiento y antes de su revocación).

Atentamente,

Distrito Escolar Metropolitano de Madison

ACUERDO DE LOS PADRES/CONSENTIMIENTO PARA COBRARLE A WISCONSIN MEDICAID

Su consentimiento o acuerdo por escrito es necesario antes de que el Distrito Escolar Metropolitano de Madison pueda cobrarle a Wisconsin *Medicaid* por los servicios educativos relacionados con la salud que se identifican en el IEP de su hijo y divulgar los expedientes académicos antes mencionados cuando sea necesario para hacer dicho cobro.

 Entiendo y acepto que el Distrito Escolar Metropolitano de Madison puede cobrar a Wisconsin *Medicaid* por los servicios educativos relacionados con la salud que se incluyen en el IEP de mi hijo y divulgar los expedientes académicos de mi hijo antes mencionados cuando sea necesario para hacer dicho cobro.

 En este momento no doy mi consentimiento para hacerle un cobro a Wisconsin *Medicaid*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Firma del padre, tutor legal o alumno adulto Fecha

Devuelva el formulario al: División de Educación Especial 545 W. Dayton Street Madison, WI 53703 Fax: 204-0571