

Suffolk County Department of Health
Office of Children with Special Needs
Preschool Special Education Program
Consentimiento de Medicaid

Estimados Padres / Guardián de: _____ De niño SS#/CIN # _____

Esto es para solicitar su permiso (autorización) para facturar el seguro de Medicaid suyo o de su niño, 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 / Suffolk County facture servicios relacionados.

Yo, _____ como Padre / Guardián 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/ Suffolk County 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 están 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 / Suffolk County / Proveedor 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 indicados en el IEP de mi niño. Los registros siguientes serán compartidos.

Registros compartidos (registros / información sobre servicios que su niño recibe)	
Receta	Asistencia del Proveedor de Servicio
Referido	Certificación de “bajo la dirección de”
Registros de Tratamiento	Certificación de “bajo la supervisión de”
Programa de Educación Individualizada	Registros de “bajo la dirección de”
Registros de Asistencia	Registros de “bajo la supervisión de”
Registros de Autobús	Calendario
Otros documentos no mencionados necesario para apoyar una reclamación a Medicaid	

Doy mi consentimiento voluntario y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También tengo entendido que el derecho de mi niño 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 algún costo a mí.

Firma de Padres / Guardián: _____

Nombre de Padres / Guardián: _____ Fecha: _____

Consentimiento parental preescolar para usar el correo electrónico para intercambiar información de identificación personal

El nombre del niño: _____ F.D.N. _____

Nombre de los Padres: _____

Dirección de correo electrónico (email): _____

A petición suya, ha elegido comunicar información de identificación personal sobre los servicios preescolares de su hijo por correo electrónico sin el uso de cifrado. Enviar información de identificación personal por correo electrónico tiene una serie de riesgos que debe tener en cuenta antes de dar su permiso. Estos riesgos incluyen, entre otros, los siguientes:

- El correo electrónico puede reenviarse y almacenarse en formato electrónico y en papel fácilmente sin el conocimiento previo de los padres.
- Los remitentes de correo electrónico pueden malinterpretar un correo electrónico y la información de identificación personal puede enviarse a destinatarios incorrectos por error.
- El correo electrónico enviado por Internet sin cifrado no es seguro y puede ser interceptado por terceros desconocidos.
- El contenido del correo electrónico se puede cambiar sin conocimiento del remitente o receptor.
- Los empleadores y proveedores de servicios en línea tienen derecho a revisar el correo electrónico enviado a través de sus sistemas.
- El correo electrónico puede contener virus dañinos y otros programas.

Reconocimiento y acuerdo de los padres

Reconozco que he leído y entiendo los elementos anteriores que describen los riesgos inherentes del uso del correo electrónico para comunicar información de identificación personal. Sin embargo, yo _____ autorizar _____ cuya dirección de correo electrónico es _____ para comunicarse conmigo en mi correo electrónico u _____, acerca de mi hijo, _____, participación en el programa, incluidos, entre otros, la comunicación sobre la prestación de servicios, su progreso y cualquier otro asunto relacionado. Entiendo que el uso del correo electrónico sin cifrado presenta los riesgos mencionados anteriormente y puede dar lugar a una divulgación no intencionada de dicha información.

Firma de los Padres _____ Fecha _____