

(NOMBRE DEL DISTRITO ESCOLAR)

Consentimiento para Cobrar al Programa del Seguro Privado por los Servicios Basados en la Escuela

Los distritos escolares de Nuevo México pueden usar el Programa de Seguros Privados del niño para proporcionar o pagar los servicios de salud y relacionados a la salud como es permitido bajo el programa del seguro del niño y como es documentado en el Programa de Educación Individualizado (IEP). Los padres deben de ser completamente informados de los servicios, la frecuencia de los servicios y el límite de tiempo que los servicios serán proporcionados para poder cobrar al programa del seguro privado. El permiso de los padres debe de ser voluntario. Los distritos deben de obtener el permiso de los padres consistente con 34 CFR § 300.9 reconociendo que los padre(s) están de acuerdo de que se cobre al programa del seguro privado del niño por los servicios designados en el IEP. El consentimiento de los padres debe de ser obtenido cada vez que se busque el acceso al seguro privado incluyendo los cambios en el servicio o si se agregan más servicios; los padres deben de ser informados y deben de firmar un permiso nuevo. Si usted tiene preguntas o preocupaciones, por favor llame al Departamento de Educación Especial al 505-827-1457.

Apellido del niño: _____ Nombre: _____

Inicial: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del hogar del niño: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Compañía del Seguro Médico del niño: _____

Numero de identificación de los beneficios del niño: _____

Nombre(s) de los padre(s): _____

Dirección de los padre(s): _____

Numero(s) de teléfono de los padre(s) hogar: _____ trabajo: _____ otro: _____

Consentimiento para los servicios que serán cobrados al programa privado del seguro:

Yo _____, padre de _____

he sido completamente informado de todos los servicios enlistados en el IEP de mi niño que él o ella estará recibiendo y estoy de acuerdo de que tales servicios se cobren al programa privado de seguro médico. Para poder cobrarle a la compañía del seguro, voluntariamente estoy proporcionando información con respecto a la póliza y el número de identificación de mi niño.

El distrito escolar ha identificado los siguientes servicios que recibirá mi niño, los días de cobertura y el código para el tipo de servicio.

Servicios	Fechas/Duración	Código del Servicio

El distrito escolar es responsable de proporcionarle la información mencionada arriba al programa privado del seguro de mi niño al enviar las facturas para el pago. Este consentimiento es voluntario y se puede revocar en cualquier momento, y si se revoca el consentimiento, la revocación no es retroactiva. Entiendo que el distrito escolar será responsable del pago de cualquier costo tal como el deducible o el pago relacionado a los servicios cobrados por el distrito a la cuenta de la compañía privada del seguro de mi niño, Además, el distrito se asegura de que los servicios cobrados por el distrito no disminuirán el cubrimiento de los beneficios a lo largo de la vida de mi niño, aumentarán el costo o que esté en riesgo la pérdida de la elegibilidad para otros servicios.

El distrito me ha informado que ningún rechazo para permitir que el distrito tenga acceso al programa privado del seguro de mi niño no libera al distrito de su responsabilidad de asegurarse de que todos los servicios requeridos estén proporcionados sin ningún costo a los padres.

Firma del padre/representante legal: _____

Fecha de Aprobación: _____

(Vea 34 CFR Sec. 300.154 (d-e))

Consentimiento para Entregar Información al Proveedor de Cuidados o Clínica de Su Niño

Para poder obtener una orden médica para los servicios de salud que su niño va a recibir; la información incluye el nombre de su niño, fecha de nacimiento, tipo(s) de servicios de salud relacionado(s) y el tiempo de cada servicio (por ejemplo, Terapia Física, 30 minutos 3 veces por semana por 6 meses) que él o ella reciben durante las horas de la escuela necesita entregarse al proveedor de cuidados o la clínica de su niño. Este consentimiento para compartir información con el doctor o clínica de mi niño comienza el _____ y es bueno por un (1) año.

Mi firma abajo le permite al distrito que entregue la información al proveedor de cuidado o clínica de mi niño.

Firma del padre/representante legal: _____

Fecha: _____