Permiso del Padre/Tutor
Para Servicios de la Escuela A través de Medicaid

Querido Padre/Tutor:

Student Name:	**Request Date:**

Desde 1993 el Distrito Escolar Ottawa Area Intermediate y sus distritos locales han participado en Servicios de la Escuela A través de Medicaid. Este programa permite a los distritos escolares enviar el recibo de pago al programa Medicaid para reembolsar el pago para servicios proporcionados por la escuela para estudiantes especiales que califican (elegibles) para Medicaid.

El **Programa de Servicios de la Escuela A través de Medicaid** en Michigan:

- Provee reembolso parcial tales como Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia para Hablar (dicción), Servicios Psicológicos, Servicios de Trabajo Social(consejería), Servicios de Orientación y Movilidad (para niños discapacitados), Transportación, Servicios de Enfermería.
- **NO** afecta los beneficios del seguro de Medicaid familiar y **NO** existe ningún costo para la familia, ahora o en el futuro.
- Ayuda a Distritos Escolares porque ayuda a compensar parte del costo de salud que proveemos para niños y estudiantes.
- Para obtener el reembolso El Medicaid de Michigan y la agencia de pagos requiere información acerca de los servicios que su hijo(a) recibe de la escuela (la cual puede incluir la fecha de nacimiento, discapacidad, genero, escuela, fecha de la terapia, tipo de terapia, reportes sobre el progreso).

Si su hijo(a) recibe cualquiera de los servicios arriba mencionados y califica para los beneficios de Medicaid en cualquier momento durante el año escolar, le pedimos su permiso para mandarle el recibo de pago a Medicaid para recibir el reembolso**. Favor de llenar el cuadro de abajo y mandar de regreso el formato llenado al maestro(a) de su hijo(a) lo mas pronto posible.** Usted tiene derecho a negar el permiso para mandar el recibo de pago a Medicaid, también tiene el derecho de rechazar este formato de permiso (consentimiento) para mandar el recibo de pago a Medicaid. Si usted no da su consentimiento o permiso, el distrito escolar proveerá el servicio de todas maneras, pero no recibirá ningún reembolso de parte de Medicaid por los servicios que su hijo(a) recibe**. Por favor note: El consentimiento o permiso será asumido como "concedido o dado" a menos que recibamos una respuesta contraria.**

Doy mi permiso al Distrito Escolar de Ottawa Area Intermediate y a mi distrito escolar local para mandar a Medicaid el recibo de pago para reembolsar los servicios proporcionados a través de la escuela durante el año escolar descrita en el "Programa de Educación Individualizado" (IEP) o el "Plan Individualizado de Servicio Familiar" (IFSP).

Firma del Padre/Tutor: **Fecha:**

320 W 24th St., Holland, Michigan 49423

Phone: (616) 494-2100 Fax: (616) 393-7676