



**Hawaii State Department of Education
SCHOOL-BASED MEDICAID CLAIMING AUTHORIZATION FORM
(PARENTAL CONSENT FORM – Updated July 2018)**

Estimado(s) padre(s)/tutor(es):

El propósito de este formulario de Consentimiento de los Padres es solicitar su autorización para que el Departamento de Educación del Estado de Hawai (Departamento) solicite el pago al programa estatal de Medicaid conocido como Med-QUEST. Al obtener su consentimiento, el Departamento puede recibir un reembolso federal parcial por los servicios relacionados con la salud que sean necesarios desde el punto de vista médico y desde el punto de vista educativo a través del Programa de Educación Individualizada (IEP) de su hijo(a).

MARQUE EL CUADRO APROPIADO y devuelva el formulario al Coordinador de Servicios Estudiantiles de su escuela / persona designada.

Doy mi consentimiento al Departamento para reclamar el reembolso federal por servicios relacionados con la salud que sean necesarios desde el punto de vista médico y desde el punto de vista educativo para mi hijo(a) a través del Programa de Educación Individualizada accediendo a Med-QUEST. He leído la notificación y entiendo que:

- El Departamento puede divulgar a Med-QUEST la información de identificación personal incluida en el IEP de mi hijo (por ejemplo, nombre del estudiante, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación del estudiante, discapacidad, fechas de servicio y tipo de servicio proporcionado).
- Toda la información proporcionada a Med-QUEST con respecto a mi hijo(a) es estrictamente confidencial. Por solicitud, puedo recibir copias de los registros divulgados.
- Si el Departamento recibe acceso a Med-QUEST con el fin de obtener un reembolso federal no afectará los beneficios de Med-QUEST de mi hijo. Ni mi hijo ni yo experimentaremos una pérdida financiera o reducción en los beneficios disponibles como resultado de la inscripción en Med-QUEST.
- El Departamento no puede exigirme que me registre en Med-QUEST para que mi hijo reciba los servicios de educación especial a los que tiene derecho.
- Puedo retirar mi consentimiento, por escrito, en cualquier momento, y tal acción solo se aplicará prospectivamente.
- El retirar mi consentimiento no exime al Departamento de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios de educación especial requeridos sean proporcionados sin costo alguno para los padres, de acuerdo con los requisitos de educación estatales y federales.
- El Departamento proporcionará una notificación anual por escrito sobre los derechos de los padres relacionados al consentimiento.

No doy mi consentimiento al Departamento para reclamar el reembolso federal por los servicios relacionados con la salud que sean necesarios desde el punto de vista médico y desde el punto de vista educativo para mi hijo a través del Programa de Educación Individualizada.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE O A MÁQUINA:

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Nombre legible del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____

Dirección de residencia del padre/tutor: _____

Número de teléfono del padre/tutor: _____ Dirección de correo electrónico: _____

PREGUNTAS O INFORMACIÓN:

Contact the Health Care Contracts & Reimbursement Office at (808) 305-9787.