Special Education Medicaid Initiative (SEMI) Parental Consent form

_____ School District

Our school district is participating in the Special Education Medicaid Initiative (SEMI) program that allows school districts to bill Medicaid for services that are provided to students.

In accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act, 34 CFR §99.30 and Section 617 of the IDEA Part B, consent requirements in 34 CFR §300.622 require a one-time consent before accessing public benefits.

This consent establishes that your child's personally identifiable information, such as student records or information about services provided to your child, including evaluations and services as specified in my child's Individualized Education Program (IEP) (occupational therapy, physical therapy, speech therapy, psychological counseling, audiology, nursing and specialized transportation,) may be disclosed to Medicaid and the Department of the Treasury for the purpose of receiving Medicaid reimbursement at the school district.

As parent/guardian of the child named below, I give permission to disclose information as described above and I understand and agree that Medicaid may access my child's or my public benefits or public insurance to pay for special education or related services under Part 300 (services under the IDEA). I understand that the school district is still required to provide services to my child pursuant to his or her IEP, regardless of my Medicaid eligibility status or willingness to consent for SEMI billing

I understand that billing for these services by the district **does not** impact my ability to access these services for my child outside of the school setting, nor will any cost be incurred by my family including co-pays, deductibles, loss of eligibility or impact on lifetime benefits.

Child's Name: _____

Child's Date of Birth: _____/_____/_____

Parent/Guardian: _____

Date: _____/_____/_____

I give consent to bill for SEMI: Yes ☐
No ☐

This consent can be revoked at any time by contacting your child's Case Manager, or the administrator at your child's school, in writing.

OCTOBER 2017

Formulario de consentimiento de los padres
Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI)

_____Distrito Escolar

Nuestro distrito escolar participa en el programa de Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), que permite a los distritos escolares facturar al programa de salud Medicaid por servicios que se proporcionan a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley federal sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), 34CFR§99.30 y la Sección 617 de la Parte B de la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) sobre requisitos de consentimiento en 34 CFR§300.622, se necesita un consentimiento único antes de poder acceder a beneficios públicos.

Este consentimiento establece que los datos personales identificables de su hijo(a), tales como su historial en la escuela o información acerca de los servicios que le son proporcionados, incluyendo las evaluaciones y los servicios especificados en el Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) que recibe su hijo(a) (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, orientación psicológica, audiología, enfermería y transporte especializado), pueden ser revelados al programa Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el distrito escolar.

Como padre o madre/tutor del o la menor nombrado(a) abajo, doy permiso para que se revele la información descrita anteriormente; así como entiendo y acepto que Medicaid puede tener acceso a los beneficios públicos o seguros públicos de mi hijo(a) o míos para pagar los servicios de educación especial o relacionados al amparo de la Parte 300 (servicios bajo IDEA). Entiendo que el distrito escolar aún necesita proporcionar servicios a mi hijo(a) de conformidad con su IEP, independientemente de mi estado de elegilibilidad de Medicaid o deseo para consentir la facturación al SEMI.

Entiendo que la facturación para estos servicios por el distrito **no afecta** mi capacidad para acceder a estos servicios para mi hijo(a) fuera del entorno escolar, ni mi familia incurrirá en ningún costo inclusive copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad o afectará en los beneficios de por vida.

Nombre del niño(a):_____

Fecha de nacimiento del niño(a):_____/_____/_____

Padre:_____/Tutor:_____

Fecha:_____/_____/_____

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI: Sí ☐
No ☐

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, poniéndose en contacto por escrito con el coordinador del caso de su hijo(a) o con el administrador de la escuela de su hijo(a).