

**MUESTRA DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
PARA VERIFICAR SI UN NIÑO TIENE UN NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE  
CLIENTE O COBERTURA DE MEDICAID, Y PARA ACCEDER AL SEGURO  
MEDICAID DE UN PADRE O DE UN ESTUDIANTE A FIN DE PAGAR  
DETERMINADOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN EL PROGRAMA DE  
EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADA DE UN ESTUDIANTE**

Estimado/a padre/madre/tutor de \_\_\_\_\_:

Por medio del presente, le solicitamos su permiso (consentimiento) para \_\_\_\_\_ facturar a su Programa de Seguro Medicaid o al de su hijo los servicios de educación especial y relacionados incluidos en el Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP) de su hijo, y le pedimos que nos proporcione el Número de Identificación de Cliente (Client Identification Number, CIN) de su hijo, o que nos permita obtener dicho número en caso de que usted no lo tenga.

Este consentimiento permite que el distrito escolar/condado le facture a Medicaid los servicios cubiertos relacionados con la salud y que revele información al agente de facturación de Medicaid del distrito escolar/condado para tal fin.

Yo, \_\_\_\_\_ el padre/la madre/el EM36 (nc)3.9 (l)6 (ui)6 (3(ub1)6 (ui))16 (o yleS

Registros que se revelarán (p. ej., registros o información sobre los servicios que recibe su hijo, información demográfica del estudiante)

CIN del estudiante, si lo tiene: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento de manera voluntaria y entiendo que puedo anular mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que el derecho de mi hijo a recibir servicios de educación especial y relacionados no depende en absoluto de que yo dé mi consentimiento y que, independientemente de cuál sea mi decisión sobre dar este consentimiento, le prestarán a mi hijo to10 (m)7 Ta(se)6 ((nd)10I( (t)2 (o,71n)10 (t)2a.004 Te)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_