



CONFIDENTIAL

Fairfax County Public Schools  
Individualized Education Program

DRAFT UNTIL IEP  
IS SIGNED

### Parent Consent for Billing Medicaid or FAMIS for Covered Services

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ N° de ident. del alumno: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha en la que los padres aceptaron el IEP: \_\_\_\_\_ Fecha del IEP: \_\_\_\_\_

Si su hijo es ahora elegible o si posteriormente se determina que es elegible para recibir servicios de Medicaid o Family Access to Medical Insurance Security (FAMIS) o si recibe servicios cubiertos estipulados en un Programa Educacional Individualizado (IEP), el gobierno federal puede ayudar a la división escolar a pagar por estos servicios que están cubiertos por el plan. Es necesario tener el consentimiento de los padres antes de que la escuela pueda solicitarle reembolso a Medicaid o a FAMIS. No se le facturará al seguro privado y sus beneficios de Medicaid/FAMIS no se verán afectados. Su consentimiento es totalmente voluntario. Si ustedes no dan su consentimiento, esto no afectará la prestación de los servicios para su hijo.

Garantías Procesales: Entiendo mi derecho de negar consentimiento para que las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax (FCPS) divulguen información con respecto los servicios en el IEP de mi hijo, con el propósito de obtener reembolso por medio de Medicaid o FAMIS. Entiendo que, si decido no dar mi consentimiento, esta decisión no afectará la prestación de estos servicios a mi hijo. Entiendo que mi autorización es voluntaria y que puede revocarse en cualquier momento. También entiendo que tengo el derecho a solicitar una copia de los expedientes divulgados. Si tienen preguntas o inquietudes, por favor llamen al administrador del Proyecto Medicaid de FCPS al 571-423-4065.

\_\_\_\_\_  
Servicio Fecha del servicio (desde y hasta) Frecuencia

\_\_\_\_\_  
Servicio Fecha del servicio (desde y hasta) Frecuencia

\_\_\_\_\_  
Servicio Fecha del servicio (desde y hasta) Frecuencia

\_\_\_\_\_  
Servicio Fecha del servicio (desde y hasta) Frecuencia

\_\_\_\_\_  
Servicio Fecha del servicio (desde y hasta) Frecuencia

**DOY MI CONSENTIMIENTO** para que FCPS divulgue información sobre la participación de mi hijo en servicios a médicos participantes, a otros proveedores de atención médica, al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS), a cualquier agente de cobranza de DMAS o a cualquier agente de cobranza de FCPS a fin de tramitar las solicitudes de reembolso por los servicios cubiertos por Medicaid/FAMIS descritos en el IEP.

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los padres (o del alumno mayor de 18 años) Fecha

**NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que FCPS divulgue información sobre la participación de mi hijo en servicios para que FCPS reciba reembolso por los servicios cubiertos por Medicaid o FAMIS descritos en el IEP.

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los padres (o del alumno mayor de 18 años) Fecha

*La información del expediente académico del alumno de las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax se comparte con la condición de que la persona que la recibe acepta no permitir que terceros tengan acceso a dicha información sin el consentimiento por escrito del padre o de la madre o del alumno elegible.*