

# PASSAIC SCHOOL DISTRICT

## CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION TO ACCESS MEDICAID REIMBURSEMENT FOR HEALTH RELATED SUPPORT SERVICES

Our school district is participating in the Special Education 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.

## AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION PARA OBTENER PAGO DEL MEDICAID PARA SERVICIOS DE SALUD

Nuestro distrito escolar está participando en el programa Iniciativa de Educación Especial (SEMI), el cual permite a los distritos pasarle la cuenta a Medicaid por los servicios que son proveídos a los estudiantes.

De acuerdo con los Derechos Educativos de Familia y Ley de Privacidad, 34 CFR §99.30 y la Sección 617 de la Parte B de IDEA, requisitos de consentimiento en 34 CFR §300.622 requiere consentimiento sólo una vez antes de acceder a los beneficios públicos.

Este consentimiento establece que la información de indentificación personal de su niño, como expedientes de estudiante o información sobre servicios que han sido proveído a su niño, incluyendo evaluaciones y servicios especificados en el Programa de Educación Individualizado (IEP) de su niño (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla, asesoramiento psicológico, audiología, enfermería y transporte especializado) puede ser revelada a Medicaid y al Ministerio de Finanzas con el propósito de recibir el reembolso de Medicaid en la escuela.

\*\*\*\*\*

**Child's Name / Nombre de Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Child's Date of Birth / Fecha de Nacimiento del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**I give consent to bill for SEMI / Doy mi consentimiento:**     YES     NO

As parent/guardian of the child named above, 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 insurance to pay for special education or related services under Part 300 (services under the IDEA).

**Signature:** \_\_\_\_\_  
(Parent or person in parental relationship)

**Date:** \_\_\_\_\_ (Month/Day/Year)

Como padre/guardián del niño nombrado arriba, doy permiso para revelar información, como se describió anteriormente y entiendo y acepto que Medicaid puede obtener acceso a mis beneficios públicos o seguro o a los de mi niño para pagar por Educación Especial o servicios relacionados bajo la Parte 300 (servicios bajo IDEA)

**Firma:** \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellido de padre/tutor del estudiante)

**Fecha:** \_\_\_\_\_ (Mes/Día/Año)

**This consent can be revoked at any time by contacting the administrator at your child's school.**  
*Usted puede cancelar este acuerdo en cualquier momento llamando la escuela de su niño(a).*

**Please sign and return this form to / Por favor firme y devuelva este formulario a:**

**Tracey Bradley, Administrative Assistant (SEMI)**  
Business Office  
Passaic Board of Education  
101 Passaic Avenue / PO Box 388  
Passaic, New Jersey 07055  
(973) 470-5598