



OFFICE OF SPECIAL EDUCATION AND PSYCHOLOGICAL SERVICES

DOC TYPE 7032E

DATE (MM/DD/YY) _____

PRINT STUDENT'S NAME: (LAST) (FIRST) (M.I.) Student ID No. SOCIAL SECURITY #: MALE FEMALE DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)

MEDICAID CERTIFIED SCHOOL MATCH PROGRAM PARENTAL CONSENT

PARENT(S) OR GUARDIAN(S):

Miami-Dade County Public Schools is enrolled as a Medicaid provider in the Medicaid Certified School Match Program and is able to bill Medicaid and receive reimbursement for health-related services provided to Special Education (SPED) students covered under the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA).

Medicaid reimbursement funds are utilized at Miami-Dade County Public Schools (M-DCPS) to support programs for students with disabilities. Your consent does not affect Medicaid services that the student is receiving outside of the school setting.

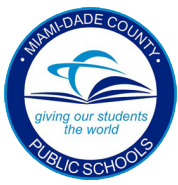
Please read the following and indicate your decision by checking the appropriate box.

I/We give consent to Miami-Dade County Public Schools to release and exchange my child's personally identifiable information (i.e., Name, Date of Birth, Student ID, Gender, Medicaid #, Social Security #, and Individual Educational Plan information) with Medicaid's fiscal agent for the purpose of determining Medicaid eligibility status and billing for direct therapy (i.e., Occupational/Physical Therapy, Speech/Language Therapy and Counseling), behavioral (i.e., Psycho-Educational Evaluation, Social/Developmental History, and Consultations), nursing and transportation services provided to my child while at school each time Medicaid is accessed.

Consent form with checkboxes for YES and NO, and signature/DATE lines for parent/guardian.

NOTE: Data input on ISIS PF8 screen must be entered.

- 1) Place original (with signatures) in cumulative record. 2) Copy to parent/guardian.



OFICINA DE EDUCACIÓN ESPECIAL
Y SERVICIOS PSICOLÓGICOS

DOC
TYPE 7032S

FECHA (MM/DD/AA)	_____
---------------------	-------

Escriba en letra de molde el nombre del/de la estudiante	(APELLIDO)	(NOMBRE)	(INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE DEL MEDIO)	Número de Identificación del/ de la Estudiante	_____
Número del Seguro Social	MASCULINO	FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO		
_____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	(MM/DD/AA)	

**PROGRAMA DE FONDOS ESCOLARES CORRESPONDIENTES
PARA ESCUELAS CON CERTIFICACIÓN DEL MEDICAID
(MEDICAID CERTIFIED SCHOOL MATCH PROGRAM)
CONSENTIMIENTO DE PADRES DE FAMILIA**

PADRE(S) DE FAMILIA O TUTOR(ES):

Las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade están inscritas como proveedoras del Programa de Fondos Escolares Correspondientes para Escuelas con Certificación del Medicaid (Medicaid Certified School Match Program) y pueden facturar al Medicaid y recibir reembolso de fondos por servicios relacionados con la salud prestados a los/las estudiantes de Educación Especial (Special Education, SPED, por sus siglas en inglés) que estén cubiertos bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA, por sus siglas en inglés).

Los fondos de reembolso del Medicaid son utilizados en las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade con el objeto de apoyar programas para estudiantes con discapacidades. Su consentimiento no afecta los fondos que el/la estudiante está recibiendo fuera del medio ambiente de la escuela.

Por favor, lea a continuación e indique su decisión marcando la casilla correspondiente.

Doy/Damos el consentimiento a las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade a fin de que divulgue e intercambie la información de mi hijo/a personalmente identificable (por ejemplo, el nombre, la fecha de nacimiento, el número de identificación de estudiante, el sexo, el número del Medicaid, el número del Seguro Social y la información del Plan Individual Educativo (Individual Educational Plan) al agente fiscal del Medicaid con el propósito de determinar el estatus de elegibilidad del Medicaid y para poderles facturar por los servicios de terapia directa (o sea, la Terapia Física/Ocupacional, la Terapia del Habla/el Lenguaje y los servicios de los consejeros), los servicios relacionados con el comportamiento (por ejemplo, la Evaluación Psicológica Educativa, el Historial del Desarrollo Social y las Consultas). Los servicios de enfermero/a y de transportación prestados a mi hijo/a cuando está en la escuela cada vez que se tenga acceso al Medicaid.

SÍ, doy mi consentimiento para que divulgue e intercambie la información del expediente de mi hijo/a.

FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE/TUTOR/A

FECHA

NOMBRE DEL PADRE/DE LA MADRE/TUTOR/A
(ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE O EN MÁQUINA DE ESCRIBIR)

NO, no doy mi consentimiento para que divulgue e intercambie la información del expediente de mi hijo/a.

FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE/TUTOR/A

FECHA

NOMBRE DEL PADRE/DE LA MADRE/TUTOR/A
(ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE O EN MÁQUINA DE ESCRIBIR)

Nota: Información tiene que ser asentada en la pantalla PF8 (información de los Padres) del sistema integrado de información del estudiante (ISIS).

- 1) Colocar el original (con las firmas) en el expediente acumulativo.
- 2) Copia para el padre/la madre/tutores.



**BIWO EDIKASYON ESPESYAL AK
SÈVIS SIKOLOJIK**

DOC
TP 7032H

DAT (MM/JJ/AA)	_____
-------------------	-------

EKRI NON ELÈV LA: (SIYATI)	(NON)	(LÒT NON)	ELÈV NO. ID	_____
# SOSYAL SEKIRITE: _____ - _____ - _____	MAL <input type="checkbox"/>	FEMÈL <input type="checkbox"/>	DAT NESANS _____ (MM/JJ/AA)	

**LEKÒL KI SÈTIFYE POU BAY SÈVIS PWOGRAM MEDICAID
KONSANTMAN PARAN**

PARAN (YO) OUSNON RESPONSAB (YO):

"Medicaid" otorize lekòl Leta Miyami pou bay sèvis sou plan "Medicaid Certified School Match Program". M-DCPS gen dwa chaje "Medicaid" e li gen dwa resevwa lajan pou sèvis ki gen rapò ak sante key o bay elèv Edikasyon Espesyal (ESE) dapre lalwa Edikasyon pou Endividyèl ki gen Dezabilite (IDEA).

Lèkol Leta Miyami-Dade (M-DCPS) itilize lajan Medicaid ranbouse li pou sipòte pwogram pou elèv ki gen dezabilite. Konsantman ou pap afekte sèvis Medicaid elèv la resevwa andeyò lekòl.

Tanpri li sa ki ekri, cheke bwat ki apwopriye a pou fè konnen desizyon ou.

Mwen/Nou bay Lekòl Leta nan Miyami-Dade County konsantman nou pou bay ak fè chanje enfòmasyon (tankou: non, dat nesans, nimewo idantifikasyon, si li se fi osnon gason, nimewo "Medicaid", nimewo sosyal sekirite ak enfòmasyon sou Plan Edikasyon Endividyèl) ki idantifye pitit mwen pèsonèlman ak ajan fiskal Medicaid pou ede detèmine elijibilite li pou "Medicaid" chaje pou sèvis terapi dirèk (kòm kwa terapi okipasyonèl/terapi fizik, diksyon/terapi pou langaj ak sevis konsèy), terapi pou konpòtman (evalyasyon sikolojik osnon edikasyonèl. Devlopman/Sosyal ak konsiltasyon), sèvis medikal ak transpòtasyon yo bay pitit mwen pandan li nan lekòl, chak fwa yo sèvi ak "Medicaid".

Wi, mwen bay konsantman pou bay ak chanje enfòmasyon nan dosye pitit mwen.

_____ DAT

SIYATI PARAN/RESPONSAB

NON PARAN/RESPONSAB (EKRI/TAPE)

Non, mwen pa bay konsantman m pou bay ak chanje enfòmasyon nan dosye pitit mwen.

_____ DAT

SIYATI PARAN/RESPONSAB

NON PARAN/RESPONSAB (EKRI/TAPE)

Note: Done ki pou antre nan ISIS fèt pou antre manyèlman.

- 1) Mete orijinal la (avèk siyati yo) nan dosye kimilatif.
- 2) Bay paran/responsab yon Kopi.