



Consent to Bill Private Insurance and Medicaid

The Rock Hill School District and the South Carolina Department of Education (SCDE) have my permission to provide services to my child and release and exchange medical, psychological, and other personally-identifiable confidential information, as necessary, to the South Carolina Department of Health and Human Services (SCDHHS) and any applicable third-party insurer regarding billable services provided to my child. I understand the purpose of this consent is to bill Medicaid and/or private third-party insurer for services under the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA).

By signing this form, I give the District and the SCDE my permission to bill and receive payment from Medicaid and any third-party insurer for diagnostic and psychological evaluation services, behavioral health services, nursing services, and other health-related screenings and treatment services billable to Medicaid or a third-party insurer with or without the requirement of an individualized education program (IEP). The District provided me written notification consistent with the IDEA regulation at 34 C.F.R. §§ 300.154(d)(2)(v) and 300.503(c), prior to my signing this consent to release information to bill Medicaid or any third-party insurer and prior to accessing Medicaid or my child's third-party insurance benefits.

I further understand that the District must provide me annual written notification of my rights relative to Medicaid or any third-party insurer accessing my child's information and before the District and the SCDE access my benefits to pay for services under the IDEA. This consent for release of information to bill Medicaid and any third-party insurer is a one-time consent and is not required annually thereafter, unless there is a change in the type or amount of services to be provided to my child or a change in the cost of the services to be charged to Medicaid or a third-party insurer. I understand that Medicaid and third-party insurance reimbursement for billable services provided by the District and the SCDE will not affect any other Medicaid services or insurance benefits for which my child is eligible. I understand that my child will receive the services listed in the IEP regardless of whether my child is covered by public or private insurance programs and regardless of whether I provide consent to access those benefits. I understand that my refusal to consent to the SCDHHS or any third-party insurer accessing my child's personally-identifiable information does not relieve the District of its responsibility to ensure that all required services in my child's IEP are provided at no cost to me.

I understand that this consent is voluntary on my part and may be revoked at any time. If I later revoke consent, the revocation is not retroactive (i.e., it does not negate an action that occurred after the consent was given and before the consent was revoked).

I also understand that the District and the SCDE will operate under the guidelines of the IDEA and the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) to ensure confidentiality regarding my child's treatment and provision of services.

Student's Name: _____ DOB: _____ Medicaid #: _____

Signature of Parent/Guardian

Date



Consentimiento para facturar a las aseguradoras privadas y a Medicaid

El Distrito Escolar Rock Hill y el Departamento de Educación de South Carolina (SCDE, por sus siglas en inglés) cuentan con mi permiso para brindarle servicios a mi hijo/a y divulgar e intercambiar información médica, psicológica y otra información confidencial personalmente identificable, según sea necesario, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina (SCDHHS, por sus siglas en inglés) y a cualquier aseguradora externa correspondiente, que esté relacionada con servicios facturables prestados a mi hijo/a. Entiendo que el propósito de este consentimiento es facturar a Medicaid y/o a una aseguradora privada externa por los servicios prestados bajo la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés).

Al firmar este formulario, le doy mi permiso al Distrito y al SCDE para facturar a y recibir pagos de Medicaid y cualquier aseguradora externa por servicios de diagnóstico y evaluación psicológica, servicios de salud conductual, servicios de enfermería y otros exámenes relacionados con la salud y servicios de tratamiento que se puedan facturar a Medicaid o a una aseguradora externa con o sin el requisito de un programa de educación individualizado (IEP, por sus siglas en inglés). El Distrito me entregó una notificación por escrito de conformidad con la regulación de IDEA en 34 C.F.R. §§ 300.154(d)(2)(v) y 300.503(c), antes de que yo firmara este consentimiento para divulgar información para facturar a Medicaid o aseguradoras externas y antes de acceder a los beneficios de Medicaid o la aseguradora externa de mi hijo/a.

También entiendo que el Distrito tiene que notificarme por escrito todos los años acerca de mis derechos relacionados con el acceso de Medicaid o cualquier aseguradora externa a la información de mi hijo/a y antes de que el Distrito y el SCDE accedan a mis beneficios para pagar por servicios bajo la ley IDEA. Este consentimiento para la divulgación de información para facturar a Medicaid y a cualquier aseguradora externa es un consentimiento que se otorga una sola vez y no requiere ser renovado anualmente a partir de entonces, a menos que se produzca un cambio en el tipo o la cantidad de servicios que reciba mi hijo/a p un cambio en el costo de los servicios a ser cobrados a Medicaid o a una aseguradora externa. Entiendo que el reembolso de Medicaid y la aseguradora externa por los servicios facturables provistos por el Distrito y el SCDE no afectarán a ningún otro servicio de Medicaid o beneficios del seguro para los cuales mi hijo/a cumpla con los requisitos. Entiendo que mi hijo/a recibirá los servicios incluidos en el IEP más allá de que mi hijo/a esté cubierto por programas de seguros públicos o privados y más allá de que yo otorgue o no mi consentimiento para acceder a esos beneficios. Entiendo que mi negativa a otorgar consentimiento para que el SCDHHS o cualquier aseguradora externa accedan a información personalmente identificable de mi hijo/a no exime al Distrito de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo/a me sean provistos sin costo alguno para mí.

Entiendo que este consentimiento es voluntario de mi parte y puede ser revocado en cualquier momento. Si más adelante revoco este consentimiento, dicha revocación no es retroactiva (es decir; no invalida una acción sucedida después de que el consentimiento fuera otorgado y antes de que el consentimiento fuera revocado).

Entiendo además que el Distrito y el SCDE operarán bajo las directrices de la IDEA y la Ley de Derechos de la Familia a la Educación y la Privacidad (FERPA), para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento y a la provisión de servicios para mi hijo/a.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ N° de Medicaid: _____

Firma del padre/tutor

Fecha