



Por favor complete esta forma si su hijo/a recibe servicios de Habla, Trabajo Social, Psicológicos, Terapia Ocupacional, Terapia Física, Auditiva, o servicios de Enfermería.

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/GUARDIAN DE FAMILIA PARA REEMBOLSO DE PARTE DEL ESTADO POR SERVICIOS DE SALUD

El IEP de su hijo incluye uno o más servicios relacionados con la salud, tales como trabajo social, psicólogo, enfermería, terapia del habla, terapia ocupacional, terapia física, etc. Para cumplir con la ley federal, el Distrito Escolar # 111 de Kankakee o su representante deben obtener el consentimiento de los padres de estudiantes que requieren de servicios relacionados con la salud para facturar la cuenta del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios a las Familias del Estado de Illinois de estos servicios al estado y así recibir el reembolso de dicha cuenta.

Entiendo que los registros o información sobre los servicios prestados a mi hijo pueden ser revelados a IDHFS para el reembolso de estos servicios. Entiendo que mi consentimiento es voluntario. Yo entiendo que si doy mi consentimiento, el Distrito Escolar # 111 de Kankakee o su agente le facturará a IDHFS para el reembolso de la cuenta de los servicios de salud proporcionados a mi hijo(a), incluyendo los servicios de salud indicados en su IEP. Entiendo que mi consentimiento se aplicará para los servicios adicionales que pueden ser necesarios en un IEP actualizado para mi hijo(a). También entiendo que estos servicios de salud serán proporcionados sin costo alguno para mí, el padre / tutor.

Yo entiendo que si no estoy de acuerdo, el Distrito Escolar # 111 de Kankakee o su agente seguirá prestando los servicios de salud necesarios a mi hijo, de acuerdo con el IEP sin costo alguno para mí, el padre / tutor.

También entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y si yo revoco el consentimiento, el Distrito Escolar # 111 de Kankakee o su agente seguirán proporcionando el servicio de salud relacionado con el IEP de mi hijo sin costo alguno para mí, los padres / tutores.

Por favor, consulte la declaración correspondiente.

_____ Doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar # 111 de Kankakee o su agente le facture a IDHFS para el reembolso de la cuenta de los servicios relacionados con la salud proporcionados a mi hijo(a). Este documento es válido para la duración del IEP en vigor en el momento de la firma.

_____ Yo no doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar # 111 de Kankakee o su agente le facturen a IDHFS para el reembolso de la cuenta de la evaluación y los servicios relacionados con la salud proporcionados a mi hijo(a).

Nombre del/la Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre de Familia/Guardián _____

Firma del Padre de Familia/Guardian _____

Fecha _____ Escuela _____