

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE BALTIMORE

Joe A. Hairston, Superintendente

6901 Charles Street

Towson, Maryland 21204-3711

Estimado padre/tutor:

Las Escuelas Públicas del Condado de Baltimore se complacen en proporcionar servicios de educación especial para su niño. Solicitamos su asistencia para mantener la más alta calidad en servicios de educación especial. Las Escuelas Públicas del Condado de Baltimore pueden facturar a Asistencia Médica por servicios que podrían proporcionarse para su niño. Para recibir financiamiento de Asistencia Médica, las Escuelas Públicas del Condado de Baltimore deben divulgar información del registro educativo de su niño con respecto a la educación especial y servicios relacionados proporcionados durante el año escolar. Estos registros son confidenciales bajo las leyes federales y no podrán divulgarse sin su consentimiento. No hay costo para su familia como resultado de esta facturación y no afectará ni modificará sus beneficios de Asistencia Médica. Su consentimiento ayudará a las Escuelas Públicas del Condado de Baltimore a obtener fondos para niños con necesidades especiales.

SE LE INFORMA QUE SU NEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO A LA FACTURACIÓN NO PRODUCIRÁ UNA DENEGACIÓN DE SERVICIOS PARA SU NIÑO DEBIDO A QUE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE BALTIMORE TIENEN LA OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR SERVICIOS SIN COSTO PARA USTED.

INCLUSO SI SU NIÑO NO TIENE ASISTENCIA MÉDICA, COMPLETE Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA DE SU NIÑO PARA APROBAR A LOS ADMINISTRADORES DEL CASO. TODA LA INFORMACIÓN PERMANECERÁ CONFIDENCIAL Y SERÁ UTILIZADA ÚNICAMENTE PARA FACTURAR ASISTENCIA MÉDICA POR SERVICIOS PROPORCIONADOS A SU NIÑO.

Apreciamos su cooperación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la **Oficina de Facturación a Terceros al 410-887-4130** o con la escuela de su niño.

Cordialmente,

Director

Nombre del estudiante: _____

Número de seguro social del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Nombre de la escuela: _____ Número de 4 dígitos de ubicación de la escuela: _____

NÚMERO DE ASISTENCIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE** (MA#)

____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

**Dependiendo de la Organización de Cuidado Administrado (MCO) el número de Asistencia Médica puede estar ubicado en la tarjeta del seguro de salud en la siguiente categoría:

Amerigroup- Medicaid #

Helix Family Choice- MA ID#

Jai Medical Systems- Member ID#

United Health Care- M/A ID#

Diamond Plan- State ID#

Maryland Physicians Care- MA#

Priority Partners- Recipient ID#

Administrador del caso _____

Administrador del caso suplente _____

2º Administrador del caso suplente _____

FAVOR DE SELECCIONAR UNO SI CORRESPONDE.
El estudiante cambió de:
 Escuelas (La nueva escuela presenta)
 Administrador de Caso

Con mi firma, autorizo a mi niño a recibir servicios de Administración del Caso y apruebo al/a los Administrador(es) del Caso mencionados para mi niño. DOY MI CONSENTIMIENTO A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE BALTIMORE PARA QUE FACTUREN ASISTENCIA MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL CASO Y SERVICIOS RELACIONADOS QUE SON PROPORCIONADOS CONFORME LOS SERVICIOS MENCIONADOS EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADA (IEP) Y QUE SON NECESARIOS PARA TRATAR LOS OBJETIVOS EN EL IEP. ESTE CONSENTIMIENTO ES POR SERVICIOS BRINDADOS DURANTE EL PRESENTE AÑO ESCOLAR. ESTOY DE ACUERDO CON LAS MODIFICACIONES MENCIONADAS COMO UNA ENMIENDA AL IEP Y CONSIENTO EN QUE LA ESCUELA ACTUALICE EL IEP.

Firma del padre/tutor

Fecha

Para uso exclusivo de la Oficina de Facturación a Terceros:

ACTIVE IEP: _____

Date

Valid MA# ○ _____

In-Active MA# ○ _____ / _____

Invalid MA# ○ _____ / _____

NO/ENDED IEP: _____ / _____

Date

Date

Invalid SS# ○ _____ / _____

State Funded ○ _____

Invalid Name Code ○ _____