

IRVINGTON SCHOOL DISTRICT

Nuestro distrito escolar esta participando en un programa por el cual el gobierno federal le pagara a distritos escolares con dolares del "Medicaid" parte de los gastos de salud relacionados con la educacion especial a estudiantes elegibles para el "Medicaid". Bajo este programa, su niño continuara recibiendo estos servicios sin costo alguno a Usted. Este programa simplemente nos ayudara a aumentar los fondos federales que apoyan la educacion. La informacion que Usted proveera en esta autorizacion sera empleada solo para este proposito.

Por favor, escriba la informacion requerida, firme el formulario, y devuelvalo a la direccion indicada.

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

Nombre del Estudiante:

_____ (Nombre) (2do. Nombre)
(Apellido)

Fecha de Nacimiento del Estudiante: ____/____/____
(Mes) (Dia) (Año)

Como padre/tutor del estudiante aqui nombrado, doy mi permiso para revelar la informacion de los archivos escolares de mi hijo a los representantes de agencias locales, estatales, y federales con el proposito unico de obtener pago de Medicaid para los servicios de salud del Programa de Educacion Individualizado (IEP) de mi hijo.

Firma: _____ Fecha: _____
(Nombre y apellido de padre/tutor del estudiante) (Mes/Dia/Año)

Por favor devuelva este formulario a:

Special Services Office
1324 Springfield Avenue
Irvington, NJ 07111