**2019-2020**

**Dillon School District Four**

Servicios de Salud Estudiantil

**1738 Highway 301 North**

**Dillon, South Carolina 29536**

**D. Ray Rogers Teléfono: (843)774-1200**

***Superintendente* Fax: (843)841-4166**

**Información del Medicaid**

**Estimados padres / madres / representantes legales:**

**El Distrito Escolar de Dillon Cuatro y la Comisión Estatal de Financiación de la Salud y Servicios Humanos han firmado un contrato para la Compra y Provisión de Rehabilitación del Desarrollo y Servicios Relacionados.**

**En resumen, el Distrito Escolar de Dillon Cuatro es un proveedor de Medicaid. Si su hijo (a) necesita servicios de terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, psicología, transporte, enfermería y / o audiología, este contrato permitirá al distrito escolar adquirir estos servicios.**

**Por favor firme la siguiente declaración para que podamos pagar el reclamo estos servicios.**

**Este formulario debe firmarse incluso si usted no tiene una tarjeta de Medicaid en este momento. Las tarjetas de Medicaid se emiten todos los meses y su estado podría cambiar. Por favor firmar para que su firma esté archivada.**

**Yo entiendo que el pago de Medicaid por los servicios provistos por el distrito NO afectará ningún otro servicio de Medicaid para el cual mi hijo (a) pueda ser elegible. Yo autorizo ​​la divulgación de cualquier información médica necesaria para la emisión de un reclamo relevante para estos servicios.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Niño (a) Fecha de Nacimiento del Niño (a)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número del Seguro Social Grado 10 Dígitos del Numero del Medicaid**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Padre / Madre/ Representante Legal Fecha**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Copia de la Tarjeta del Medicaid**

**Relación con el Niño (a)**

**Por favor escribir “ningún” en el espacio del número del Medicaid**

**Si usted no tiene la tarjeta del Medicaid.**

**Nota: Se requiere la firma en todos los formularios para todos los (as)**

**nuevos estudiantes.**

**Medicaid Form Revised 2011-2012**