

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 relacion con la educación especial a estudiantes elegibles para el "Medicaid". Bajo este rograma, su niño continuara recibiendo estos servicios sin costo alguno para Ud. Este programa simplemente nos ayudara a aumentar los fondos federales que apoyan la educación. La información que Ud. Proveera en esta autorización sera empleda solo para este proposito.

Por favor, escriba la información requerida, firma el formulario y devuelvalo a la dirección indicada:

AUTHORIZACION PARA REVELAR INFORMACION PARA OBTENER PAGO DEL MEDICAIDE PARA SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE DE UN PADRE O TUTOR DE ESTAUDIANTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (2 Nombre) (Apellido)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

NUMERO DEL MEDICAID DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FECHA DEL NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_  
(mes/ dia/ ano)

**Por favor devuela este formulario a:  
Escuelas Publicas de Trenton  
Department of Special Services  
108 Norte de la Avvenida Clinton  
Trenton, Nueva Jersey 08609**

CST USE:  
CST Name (print): \_\_\_\_\_ CST Name (signature): \_\_\_\_\_  
\*Initial Evaluation \_\_\_\_\_ \* Classification \_\_\_\_\_ Placement \_\_\_\_\_ \* School \_\_\_\_\_  
\*Transportation: Regular \_\_\_\_\_ Specialized \_\_\_\_\_ None \_\_\_\_\_  
\*CST Team- Your signature verified these items are in the IEP.