



Dear Parent/Guardian,

Rock Hill School District and the South Carolina Department of Education have entered into an agreement with SC Department of Health and Human services that will allow the school district to bill Medicaid for health related services that are provided by the school nurses during the school day. Medicaid reimbursement for school based health-related will not affect any other Medicaid services for which your child is eligible.

to do the following:

- Release and exchange the following information from my child's record to the Department of Health and Human Services (Medicaid Agency) or Medicaid agency for the purpose of billing for the health-related services provided to my child;
- Bill the Medicaid Agency for the health-related services; and
- Receive payment from the Medicaid Agency for the health-related services that the District provides to my child;
- The District will continue to provide required health-related services for my child at no cost to me even if I refuse to allow billing for services;
- Granting consent is voluntary on my part and may be revoked at any time. If I later revoke consent, that revocation is not retroactive (i.e., it does not negate an action that has occurred after the consent was given to (e)-10 (r)-1 uctrentivoke Thank you,

Sadie Kirell, RN
Clinical Lead Nurse

Sadie Kirell, RN

Estimado/a padre/madre/tutor,

El Distrito Escolar de Rock Hill y el Departamento de Educación de South Carolina han firmado un convenio con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de SC, que permitirá que el distrito escolar le facture a Medicaid por los servicios relacionados con la salud que hayan sido provistos por las enfermeras de las escuelas durante la jornada escolar. El reembolso de Medicaid por los servicios de salud brindados en la escuela no afectará a ningún otro servicio de Medicaid para el cual su hijo/a cumpla con los requisitos.

Si su familia participa en el programa Medicaid de SC y usted le otorga permiso al distrito para que le facture a Medicaid, por favor firme el formulario de consentimiento que se encuentra adjunto. Este consentimiento permitirá que el distrito escolar pueda hacer lo siguiente:

- Divulgar e intercambiar la siguiente información del registro de mi hijo/a con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Agencia de Medicaid) o Agencia de Medicaid de mi hijo/a a los fines de facturar los servicios relacionados con la salud provistos a mi hijo/a;
- Facturar a la Agencia de Medicaid aseguradoras por los servicios relacionados con la salud;
- Recibir pagos de la Agencia de Medicaid y otras compañías aseguradoras por los servicios relacionados con la salud provistos a mi hijo/a por el Distrito;
- El Distrito seguirá brindando los servicios relacionados con la salud.