

**NUMBER OF 15 MIN. UNITS PER WEEK DETERMINED NECESSARY BY IEP OR IFSP COMMITTEE**

**DATES OF SERVICE FROM:** \_\_\_\_\_ **TO:** \_\_\_\_\_

(Month/year)

(Month/year)

School District (Distrito Escola) **Ruidoso**

Student Name(Nombre del Estudiante)

Date of Birth (Fecha de Nacimiento)

Exceptionality (Excepcionalidad)

SS# (De Seguro) \_\_\_\_\_

Address (Domicillio)

Phone (Telefono) (575)

PHYSICIAN'S NAME (Nombre del Medico) \_\_\_\_\_

Occupational Therapy/ Terapia Ocupacional	<b>15 MINUTE UNIT X</b> _____
Physical Therapy/ Terapia Fisica	15 MINUTE UNIT X _____
Speech and Language Therapy/ Terapia del Habla/Lenguaje	15 MINUTE UNIT X _____
Psychological Therapy/Terapia psicologica	15 MINUTE UNIT X _____
Social Work/ Trabajo Social	15 MINUTE UNIT X _____
NURSING SERVICES/Cuidado de Servicios	PROCEDURE/Procedimiento

*TO THE PHYSICIAN: In order for the school district to seek Medicaid reimbursement for therapies this child is receiving at school, as determined by the Individualized Education Program (IEP) Committee/ Individualized Family Service Plan (IFSP) Committee, your signature is required on this document. (AL MEDICO: Para que el distrito escolar pueda obtener reembolso de Medicaid para terapias que este niño es recibiendo en la escuela, como determinado por el Programa Individual de Educacion (IEP) Comite/Individualizado Plan de Servicio para la Familia (IFSP), su firma es requerida en este documento).*

**PHYSICIAN'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**DATE** \_\_\_\_\_

Please return a copy of this page to Region IX Education Cooperative, 237 Service Road, Ruidoso, NM, 88345.

Phone (575) 257-2368 Fax (575) 257-2141

*Favor de regresar esta forma al domicilio de arriba*