

## **Notificación escrita antes de solicitar su consentimiento**

Antes de que la corporación escolar pida su consentimiento para facturar al Medicaid (los beneficios públicos) para los servicios del Programa de Educación Individualizada (IEP) o Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP), la escuela tiene que darle a usted esta notificación por escrito sobre sus derechos y protecciones bajo la ley federal. Y, antes de que la escuela pueda revelar los registros de los servicios educativos relacionados con la salud de su hijo al agencia de Medicaid del Estado para el propósito de reclamar, la escuela tiene que obtener su consentimiento escrito.

Los fondos federales para educación especial cubre algunos pero no todos los costos de servicios que la escuela tiene que proveer sin costo a usted. Los beneficios públicos como Medicaid puede también ser usados para ayudar a financiar estos costos, pero sólo si usted elige dar su consentimiento.

## **Sus Derechos y Protecciones**

- Si usted elige no dar su consentimiento o después retirar su consentimiento, la escuela tiene que seguir proporcionando a su hijo todos los servicios requeridos del IEP o IFSP sin costo para usted.
- Si usted da su consentimiento, usted tiene el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento.
- La escuela puede no requerir que usted se inscriba en Medicaid u otro programa de cobertura pública de salud como condición de proporcionar los servicios de IEP o IFSP que es requerida proporcionar sin costo a usted.
- La escuela no puede usar los beneficios públicos de usted (Medicaid) si al hacerlo:
  - agotaría las limitaciones de los beneficios del plan (por ejemplo, disminuir el número visitas cubiertas o causarle a usted pagar por los servicios fuera de la escuela que de lo contrario sería cubiertos);
  - causaría a usted pagar un deducible, co-pago u otro gasto de bolsillo;
  - aumentaría su prima de seguro o conducir a cancelación de los beneficios; o
  - pondría en peligro la elegibilidad de su hijo para los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad de Medicaid.

## **Consentimiento Escrito para Facturar al Medicaid**

**Su firma en esta forma permite que la corporación escolar al Medicaid para los servicios educativos relacionados con la salud proporcionados a este estudiante. *El reembolso de Medicaid ayudan financiar los costos para proporcionar educación especial y servicios relacionados, equipo y entrenamiento especializado.***

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para <rellenar con nombre de corporación escolar> para facturar al Medicaid para los servicios cubiertos en el programa educacional de este estudiante. Mi firma autoriza que la escuela libere registros de los servicios educativos relacionados con la salud a Medicaid según sea necesario para la verificación de la elegibilidad, facturar y revisar la contabilidad.

Entiendo que:

- Dar, rechazar o retirar el consentimiento no afectaría la elegibilidad o los beneficios de Medicaid para mi hijo.
- Tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento.
- La corporación escolar tiene que proveer los servicios requeridos del IEP o IFSP aunque yo rechazo o retiro mi consentimiento.
- Los servicios en el IEP o IFSP tienen que ser proporcionados sin costo a mi aunque yo rechazo or retiro mi consentimiento.
- A petición, es posible que yo reciba copias de los registros de la escuela revelada a Medicaid.
- La escuela tiene que darme notificación escrita de mis derechos y protecciones bajo la ley federal una vez cada año.

**La firma del Padre/Guardián o del Estudiante quien tiene 18 años o más sin guardián legal:**

\_\_\_\_\_  
*Nombre*

\_\_\_\_\_  
[favor de imprimir]

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*La Fecha*

This completed form must be retained and available for audit purposes.  
[Esta forma completada debe ser guardada y disponible para los propósitos de revisiones.]