



ESCUELAS PÚBLICAS de BREVARD

Consentimiento de los padres para divulgar información personal del estudiante para el reembolso de Medicaid

El programa de reembolso de Medicaid ayuda al distrito escolar a financiar los costos de la educación especial, servicios relacionados y otros servicios de Medicaid. Nuestro distrito escolar desea solicitar reembolso de trabajos prestados a su hijo/hija accediendo a Medicaid. Necesitamos obtener su consentimiento por escrito, para el propósito de obtener información relacionada a su hijo/hija para obtener reembolso.

Servicios del Plan Educativo Individual (IEP)

La Ley de Educación Para Individuos con Discapacidades de 2004 (IDEA) permite a los distritos escolares solicitar reembolso del programa de Medicaid por los servicios prestados en la escuela (34, sección 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), Código de Regulaciones Federales [CFR]).

Servicios que no son del IEP

Los distritos escolares pueden solicitar reembolso del programa de Medicaid por los servicios proporcionados bajo la regla del programa de Medicaid del Código Administrativo de Florida para servicios en la escuela (Regla 59G-4.035).

Consentimiento otorgado o denegado (por favor lea y añada sus iniciales en la decisión que le corresponda, y al final del documento añada su firma y fecha):

Entiendo y doy mi consentimiento al distrito escolar para compartir información sobre mi hijo/hija con la Agencia Estatal de Medicaid (Agencia Estatal de Florida para la Administración del Cuidado de la Salud), su agente fiscal y el agente de facturación de Medicaid del distrito escolar o facilitador de facturación para el distrito escolar para verificar la elegibilidad para el programa de Medicaid, para obtener reembolso del programa de Medicaid y compartir la información en las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios proporcionados a mí hijo/hija. Entiendo que puedo retirar este consentimiento de compartir información para el programa de Medicaid en cualquier momento. Entiendo que, si me niego a dar mi consentimiento o retirar este consentimiento, el distrito escolar continuará proporcionando todos los servicios necesarios para recibir una educación apropiada sin cargo a mi hijo/hija de acuerdo con la regla 34 CFR 300.154(d)(2)(v)(D) u otros servicios fuera del IEP. Si se retira el consentimiento, será efectiva en la fecha de indicada y no se compartirá información después de esa fecha.

La información compartida puede incluir el nombre de mi hijo/hija, fecha de nacimiento, dirección, discapacidad de educación especial (si corresponde), número de identificación de Medicaid de Florida y el tipo y la cantidad de servicios de salud proporcionados, los datos del servicio incluyendo los horarios y fechas. Los servicios pueden incluir los servicios de comunicación de asistencia, servicios de fisioterapia, servicios de terapia, servicios de terapia del habla, servicios de audición y terapia del lenguaje, servicios de transporte y servicios de enfermería.

Los registros que se incluyen en el Plan Educativo Individual (IEP), los registros y los registros relacionados de la terapia de servicio, los registros de transporte, las notas de progreso e informes o los registros de enfermería.

Entiendo y NO doy mi consentimiento al distrito escolar para compartir información sobre mi hijo/hijo con el fin de que el distrito escolar recibiese reembolso y determinación de Medicaid y las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios proporcionados a mi hijo/hija.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha de firma: ____/____/____

Nombre del Padre/Tutor (imprima): _____

Nombre del Estudiante (imprima): _____

Número de Identificación del estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____



Preguntas de Medicaid y Respuestas

Estimado Padres,

El Estado de Florida participa en un programa federal llamado Medicaid School Match (Igualación de la escuela de Medicaid). Este programa ayuda a los distritos escolares recibir el reembolso por los servicios proporcionados a los estudiantes elegibles para el programa de Medicaid. Los distritos escolares utilizan con frecuencia este reembolso de Medicaid para ayudar a cumplir con los costos de ofrecer servicios de educación.

Con el fin de ayudarle aún más, hemos reunido preguntas y respuestas.

¿Para quién puede enviar el distrito el reembolso?

Servicios se proporcionarán a todos los estudiantes, según lo determine el equipo de IEP/504/MTSS de la escuela, los distritos escolares solo pueden recibir reembolso por los servicios proporcionados a los estudiantes que son elegibles para Medicaid.

¿Qué servicios cubre Medicaid?

Terapia Ocupacional	Terapia Física	Servicios de Enfermería
Terapia del habla/lenguaje	Servicios Psicólogos	Servicios de Trabajo Social
Servicios de Audiología	Transporte Especial	Asistentes de Salud Escolar
Servicios de Asesoramiento	Exámenes/Evaluaciones	

¿Por qué el distrito necesita el consentimiento de los padres?

La ley federal requiere que los distritos escolares soliciten el consentimiento de los padres antes de presentar facturas para el reembolso de aseguradoras públicas como el programa de Medicaid. El distrito escolar está obligado a obtener su permiso por escrito para compartir información con el programa de Medicaid antes de que el distrito pueda enviar cualquier información para fines de facturación.

¿Hay algún costo para mí?

No. Los servicios ofrecidos y provistos a un estudiante en la escuela se proveen sin costo alguno para el padre/tutor.

¿Esto afectará los beneficios externos de Medicaid de mi hijo/hija?

De nada. Conceder permiso para que el distrito escolar le mande la factura al programa de Medicaid *no* reducirá su habilidad de buscar otros servicios relacionados con los servicios de salud cubiertos por el programa de Medicaid fuera de los servicios en la escuela. Este permiso no disminuirá la cobertura de por vida, no aumentará las primas y no provocará la interrupción de los beneficios.

¿Quién verá esta información?

La información demográfica y de servicios dados a de su estudiante se compartirá con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA) con el propósito de verificar la elegibilidad del programa de Medicaid y presentar reclamos para reembolso.

¿Qué pasa si niego el consentimiento? – ¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted tiene derecho a dar o retirar su consentimiento en cualquier momento. La educación pública y gratuita y los servicios para su hijo(a) continuarán independientemente del consentimiento, la denegación del consentimiento o la retirada del consentimiento.

Si tiene más preguntas, póngase en contacto con:
Cheryl Wratchford, Especialista en Medicaid
Servicios de Apoyo para el Programa ESE
Escuelas Públicas del Condado de Brevard
321-633-1000 ext. 11508
wratchford.cheryl@brevardschools.org