

## CARTA DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/INSERCIÓN

### Formulario de consentimiento para la participación del distrito en el programa de facturación de LEA Medi-Cal

El Distrito, en cooperación con los Departamentos de Servicios de Atención de la Salud y de Educación de California, participa en un programa que permite que el distrito sea reembolsado con dólares federales de Medicaid por determinados servicios de salud prestados a alumnos elegibles para Medi-Cal en la escuela. Este programa beneficia en gran medida a nuestro distrito y a nuestras familias: todos los reembolsos que recibe la escuela deben incorporarse de nuevo a los programas de servicios sociales y de salud para nuestros alumnos; también ayudan a compensar los costos en que incurre el distrito al proporcionar estos servicios.

Para que el distrito reciba el reembolso de estos servicios, debemos obtener su consentimiento para divulgar registros educativos selectos al Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) y, debemos obtener su consentimiento para acceder a los beneficios públicos si su hijo está inscrito en Medi-Cal.<sup>1</sup>

Independientemente de su respuesta, a los alumnos no se les negarán los servicios que necesitan para asistir a la escuela y el distrito nunca le facturará los servicios prestados como resultado de su consentimiento o no consentimiento. Además, aunque Medi-Cal está reembolsando al distrito por determinados servicios de salud, sus beneficios de Medi-Cal no deberían verse afectados. Participamos en este programa en un esfuerzo por obtener fondos federales para los servicios de salud reembolsables de Medi-Cal que ya se prestan en la escuela, y luego utilizar estos fondos para ampliar los servicios para todos los alumnos.

Hablamos del consentimiento de los padres con todas nuestras familias para que si su hijo es, o puede llegar a ser elegible para Medi-Cal, su consentimiento permite al distrito, de manera confidencial, presentar los servicios elegibles para el reembolso. Esto significa que incluso si su alumno no está inscrito en Medi-Cal, su consentimiento (o no consentimiento) sigue siendo necesario. **Por favor, complete el siguiente formulario y devuélvalo a su escuela.**

**Nombre Alumno:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

*Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:*

- *Tengo derecho a solicitar que este formulario se facilite en cualquier lengua materna, o a través de otro modo de comunicación.*
- *Los registros educativos que pueden compartirse son: el nombre y la fecha de nacimiento del niño; la información de evaluación, intervención y derivación relacionada con la salud (para los servicios recibidos en la escuela); las notas de los profesionales, relacionadas con estos servicios de salud; y datos seleccionados del IEP/IFSP del niño (si procede)*
- *Entiendo que el consentimiento es voluntario y que puede ser revocado en cualquier momento.*
- *Si mi hijo está inscrito en Medi-Cal y también está cubierto por una tercera compañía de seguros, el DHCS puede intentar recuperar el dinero de la tercera parte. Si pagan un reclamo de la escuela presentada por el distrito. Esto ocurre debido a la asignación de terceros. derechos de responsabilidad de las partes que se proporcionó cuando se aprobó su solicitud de Medi-Cal.*
- *Se me ha notificado que mi negativa a permitir el acceso a las prestaciones públicas no exime al distrito de su responsabilidad para asegurarse que todos los servicios requeridos por FAPE se brinde sin costo para mi.*
- *El consentimiento en lo sucesivo se satisface con una notificación anual proporcionada por el distrito, reconociendo la participación en el Programa de Facturación de Medi-Cal de la LEA y los derechos de los padres relacionados.*

Por favor marque su elección:

- Doy mi consentimiento para la divulgación de los registros de salud relacionados con mi hijo, y el acceso a los beneficios de Medi-Cal de mi hijo**
- No doy mi consentimiento para la divulgación de los registros de salud relacionados con mi hijo, y el acceso a los beneficios de Medi-Cal de mi hijo**

**Nombre del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Los requisitos para el consentimiento de los padres se describen en la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) 34 CFR 300.154, y en la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) 34 CFR Parte 99.

## Preguntas frecuentes - Facturación de Medicaid para servicios escolares

### 1. ¿Se me facturará alguna vez por los servicios escolares de salud que recibe mi hijo?

*No. Usted nunca recibirá una factura del distrito, y no hay ningún costo para usted o para su hijo por los servicios de salud basados en la escuela, independientemente de la elegibilidad de su hijo para Medicaid. Las facturas de los servicios escolares elegibles prestados a los niños que tienen derecho a Medicaid se presentan a Medicaid para su reembolso.*

### 2. ¿Tengo que participar de alguna manera en el proceso de facturación?

*Sólo se le pedirá que proporcione al distrito su consentimiento para la facturación de Medicaid. Los padres no tienen ninguna otra responsabilidad en este proceso.*

### 3. ¿Este programa (y mi consentimiento) influye de alguna manera en las prestaciones de Medicaid de mi hijo?

*Tanto si da su consentimiento como si no, Medi-Cal seguirá pagando los servicios relacionados con la salud médicamente necesarios que su hijo reciba fuera de la escuela. Además, la participación del distrito en este programa y su consentimiento no deben afectar los beneficios de su hijo de ninguna manera.*

### 4. ¿Cómo utiliza el distrito los fondos recibidos de la facturación de Medicaid?

*El distrito utiliza los fondos de Medicaid para complementar el costo de los servicios que se prestan a diario en las escuelas. Además, estos fondos se utilizan para apoyar los esfuerzos adicionales de alcance externo familiar, las oficinas de salud de la escuela, la actualización de los equipos y materiales de prueba, la compra de suministros, etc., en un esfuerzo por apoyar a todos los niños en el distrito.*

### 5. ¿Dejará el distrito de prestar servicios a mi hijo si no doy mi consentimiento para facturar a Medicaid?

*No. Sin su consentimiento para la facturación, su hijo seguirá recibiendo atención, pero el distrito no recibirá fondos de Medicaid para los servicios elegibles que se le puedan prestar a su hijo. Se utilizarán otros fondos del distrito para sufragar el costo total de estos servicios necesarios.*

### 6. ¿Qué pasa si cambio de opinión después de haber dado mi consentimiento?

*Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento (la retirada no tendrá carácter retroactivo). Acuda a la recepción de la escuela de su hijo si desea hacer un cambio.*

### 7. ¿Qué información se comparte, con quién, y qué garantías existen para asegurar la confidencialidad de estos registros?

**Los registros educativos que pueden ser compartidos incluyen: el nombre del niño y la fecha de nacimiento; la evaluación relacionada con la salud, la intervención y la información de referencia (para los servicios recibidos en la escuela); las notas de los profesionales, relacionadas con estos servicios de salud; y, seleccionar los datos del IEP / IFSP del niño (si procede). El proveedor de recuperación de reembolsos del distrito está obligado por un contrato que contiene disposiciones específicas para mantener la confidencialidad y la seguridad de los registros de los alumnos, asegurando que la información no se utilice ni se divulgue de manera inapropiada; además, nuestro proveedor cumple con la ley HIPAA. Además, el distrito y el DHCS están obligados por acuerdos que incluyen disposiciones específicas sobre el uso de la información compartida en este programa, y protocolos de seguridad explícitos para mantener la información de su hijo confidencial y segura**