



PARENT CONSENT LETTER

Consent Form for the District’s Participation in the LEA Medi-Cal Billing Program

The District, in cooperation with the California Departments of Health Care Services and Education, participates in a program that allows the district to be reimbursed with federal Medicaid dollars for select health services provided to Medi-Cal eligible students at school. This program greatly benefits our district and our families—all reimbursements the school receives are required to be incorporated back into the health and social services programs for our students; they also help to offset the costs the district incurs providing these services.

In order for the district to receive reimbursement for these services, we must obtain your consent to release select education records to the Department of Health Care Services (DHCS) and, we must obtain your consent to access public benefits if your child is enrolled in Medi-Cal.¹

Regardless of your response, students will not be denied services they require to attend school and the district will never bill you for services provided as a result of your consent or nonconsent. Further, while Medi-Cal is reimbursing the district for select health services, your Medi-Cal benefits should not be impacted. We participate in this program in an effort to obtain federal funding for the Medi-Cal reimbursable health services already being performed at school, and then use this funding to expand services for all students.

We discuss parental consent with all of our families so that if your child is, or may ever become eligible for Medi-Cal, your consent allows the district, in a confidential manner, to submit eligible services for reimbursement. This means that even if your student is not enrolled in Medi-Cal, your consent (or nonconsent) is still needed. **Please complete the below form and return it to your school.**

Child’s Name: _____ Date of Birth: _____

By signing below, I acknowledge the following:

- I have a right to request that this form be provided in any native language, or through another mode of communication.
The education records that may be shared include: child’s name and date of birth; health-related evaluation, intervention, and referral information (for services received at school); practitioners’ notes related to these health services; and, select data from child’s IEP/IFSP (if applicable)
I understand that consent is voluntary, and the consent may be revoked at any time.
If my child is enrolled in Medi-Cal and is also covered by a third party insurer, DHCS may attempt to recover third party liability if they pay a school-based claim submitted by the district. This occurs due to the assignment of third-party liability rights that was provided when your application to Medi-Cal was approved.
I have been notified that my refusal to allow access to public benefits does not relieve the district of its responsibility to ensure that all services required by FAPE are provided at no cost to me.
Consent hereafter is satisfied by an annual notification provided by the district, acknowledging participation in the LEA Medi-Cal Billing Program and related parent rights.

Please mark your choice:

- I consent to the release of my child’s related health records, and access to my child’s Medi-Cal benefits
I do not consent to the release of my child’s related health records, or access to my child’s Medi-Cal benefits

Parent/Guardian Name: _____ Relationship: _____

Signature: _____ Date: _____

1 The requirements for parental consent are outlined in the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) 34 CFR 300.154, and Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) 34 CFR Part 99.

FAQs – Medicaid Billing for School-Based Services

1. Will I ever be billed for school-based services that my child receives?

No. You will never receive a bill from the district, and there is no cost to you or to your child for school-based health services, regardless of your child's Medicaid eligibility. Bills for eligible school-based services provided to children who are Medicaid eligible are submitted to Medicaid for reimbursement.

2. Do I have to be involved in the billing process in any way?

You will only be asked to provide the district with your consent for Medicaid billing. Parents have no other responsibilities in this process.

3. Does this program (and my consent) impact my child's Medicaid benefits in any way?

Whether or not you give consent, Medi-Cal will continue to pay for medically necessary health-related services your child receives outside of school. Further, the district's participation in this program and your consent should not impact your child's benefits in any way.

4. How does the district use the funds received from Medicaid billing?

The district uses Medicaid funds to supplement the cost of the services being performed at school sites every day. In addition, these funds are used to support additional family outreach efforts, school health offices, updating testing equipment and materials, purchasing supplies, etc., in an effort to support all children in the district.

5. Will the district stop providing services for my child if I do not provide my consent to bill Medicaid?

No. Without your consent for billing, your child will continue to receive care but the district will not receive Medicaid funds for the eligible services that your child may be provided. Other district funds will be used to support the full cost of these necessary services.

6. What if I change my mind after I have already provided you with my consent?

You have the right to withdraw your consent at any time (a withdrawal will not be retroactive). See the front desk at your child's school if you'd like to make a change.

7. What information is shared, with whom, and what guarantees exist to ensure confidentiality of these records?

The education records that may be shared include: child's name and date of birth; health-related evaluation, intervention, and referral information (for services received at school); practitioners' notes related to these health services; and, select data from child's IEP/IFSP (if applicable). The district's reimbursement recovery vendor is bound by a contract that contains specific provisions to keep student records confidential and secure, ensuring information is not used or disclosed inappropriately; further, our vendor is HIPAA compliant. In addition, the district and DHCS are bound by agreements that include specific provisions about the use of the information shared in this program, and explicit security protocols to keep your child's information confidential and secure.

Formulario de consentimiento para participación del Distrito en el Programa de Facturación LEA Medi-Cal

El Distrito, en cooperación con los Departamentos de Servicios y Educación para el Cuidado de la Salud de California, participa en un programa que permite que el distrito reciba un reembolso de dólares federales de Medicaid por servicios de salud selectos brindados a estudiantes elegibles de Medi-Cal en la escuela. Este programa beneficia enormemente a nuestro distrito y a nuestras familias: todos los reembolsos que recibe la escuela deben incorporarse nuevamente a los programas de servicios sociales y de salud para nuestros estudiantes; también ayudan a compensar los costos en que incurre el distrito al proporcionar estos servicios.

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

Independientemente de su respuesta, a los estudiantes no se les negarán los servicios que requieren para asistir a la escuela y el distrito nunca le facturará por los servicios prestados como resultado de su consentimiento o no consentimiento. Además, mientras Medi-Cal reembolsa al distrito por servicios de salud seleccionados, 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 realizan en la escuela, y luego usamos estos fondos para ampliar los servicios para todos los estudiantes.

Hablamos sobre el consentimiento de los padres con todas nuestras familias para que, si su hijo/a es, o puede ser elegible para Medi-Cal, su consentimiento le permite al distrito, de manera confidencial, enviar servicios elegibles para reembolso. Esto significa que incluso si su estudiante no está inscrito en Medi-Cal, aún se necesita su consentimiento (o no consentimiento). **Complete el siguiente formulario y devuélvalo a su escuela.**

Nombre de Estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

- *Tengo derecho a solicitar que este formulario se proporcione en cualquier idioma nativo, o a través de otro modo de comunicación.*
- *Los registros educativos que se pueden compartir incluyen: nombre y fecha de nacimiento del niño/a; evaluación relacionada con la salud, intervención e información de referencia (para servicios recibidos en la escuela); notas de los profesionales relacionadas con estos servicios de salud; y, seleccione datos del IEP / IFSP del niño/a (si corresponde)*
- *Entiendo que el consentimiento es voluntario, y el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.*
- *Si mi hijo/a está inscrito en Medi-Cal y también está cubierto por un asegurador externo, DHCS puede intentar recuperar la responsabilidad de un tercero si paga un reclamo basado en la escuela presentado por el distrito. Esto ocurre debido a la asignación de derechos de responsabilidad de terceros que se proporcionaron cuando se aprobó su solicitud a Medi-Cal.*
- *Me han notificado que mi negativa a permitir el acceso a beneficios públicos no exime al distrito de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos por FAPE se brinden sin costo para mí.*
- *El consentimiento de aquí en adelante se cumple con una notificación anual proporcionada por el distrito, que reconoce la participación en el Programa de facturación de Medi-Cal de LEA y los derechos relacionados de los padres.*

Por favor marque su elección:

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

Nombre del padre / tutor: _____ **Parentesco:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Preguntas frecuentes- Facturación de Medicaid por servicios escolares

1. ¿Alguna vez se me cobrarán los servicios escolares que reciba mi hijo/a?

No. Nunca recibirá una factura del distrito y no hay ningún costo para usted o su hijo/a por los servicios de salud basados en la escuela, independientemente de la elegibilidad de Medicaid de su hijo/a. Las facturas por servicios elegibles basados en la escuela proporcionados a niños que son elegibles para Medicaid se envían a Medicaid para su reembolso.

2. ¿Debo participar de alguna manera en el proceso de facturación?

Solo se le pedirá que proporcione al distrito su consentimiento para la facturación de Medicaid. Los padres no tienen otras responsabilidades en este proceso.

3. ¿Este programa (y mi consentimiento) afecta de alguna manera los beneficios de Medicaid de mi hijo/a?

Su usted da o no su consentimiento, Medi-Cal continuará pagando por los servicios de salud médicamente necesarios que su hijo/a recibe fuera de la escuela. Además, la participación del distrito en este programa y su consentimiento no deben afectar los beneficios de su hijo/a de ninguna manera.

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

El distrito usa fondos de Medicaid para complementar el costo de los servicios que se realizan en las escuelas todos los días. Además, estos fondos se utilizan para apoyar esfuerzos adicionales de extensión familiar, oficinas de salud escolar, actualización de equipos y materiales de prueba, compra de suministros, etc., en un esfuerzo por apoyar a todos los niños en el distrito.

5. ¿El distrito dejará de proporcionar servicios para mi hijo/a si no doy mi consentimiento para facturar a Medicaid?

No. Sin su consentimiento para la facturación, su hijo/a continuará recibiendo atención, pero el distrito no recibirá los fondos de Medicaid para los servicios elegibles que su hijo/a pueda recibir. Se usarán otros fondos del distrito para cubrir el costo total de estos servicios necesarios.

6. ¿Qué sucede si cambio de opinión después de que ya le haya dado mi consentimiento?

Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento (un retiro no será retroactivo). Vea la recepción en la escuela de su hijo/a si desea hacer un cambio.

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

Los registros educativos que se pueden compartir incluyen: nombre y fecha de nacimiento de niño/a; evaluación relacionada con la salud, intervención e información de referencia (para servicios recibidos en la escuela); notas de los profesionales relacionadas con estos servicios de salud; y, seleccione datos del IEP / IFSP de niño/a (si corresponde). El proveedor de recuperación de reembolso del distrito está sujeto a un contrato que contiene disposiciones específicas para mantener los registros de los estudiantes de manera confidencial y segura, asegurando que la información no se use o divulgue de manera inapropiada; Además, nuestro proveedor cumple con HIPAA. Además, el distrito y el DHCS están sujetos a 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/a confidencial y segura.