

**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.*