

Aviso de los padres para la divulgación de información/consentimiento único para facturar a Medicaid

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha: _____ fecha de nacimiento: _____

Contacto de la escuela/distrito: _____ Título: _____ Teléfono: _____

Estimado _____:

El propósito de esta carta es solicitar su permiso (también conocido como consentimiento) para compartir registros e información sobre su hijo con Medicaid. El distrito escolar debe compartir información con Medicaid sobre su hijo, incluido el nombre, la fecha de nacimiento, el sexo y el tipo de servicios prestados.

Con su permiso, el distrito escolar podrá solicitar un reembolso parcial por los servicios proporcionados por Medicaid. Cada año, el distrito le notificará sobre su permiso; no es necesario que firme un formulario todos los años.

Según la ley federal, el distrito escolar no puede compartir con Medicaid información sobre su hijo sin su permiso. (34 CFR 99.30(b); 34 CFR 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B)). Cuando considere dar permiso, tenga en cuenta lo siguiente:

1. El distrito escolar no puede exigirle que se inscriba en Medicaid para que su hijo reciba los servicios de educación especial y/o relacionados con la salud a los que su hijo tiene derecho.
2. El distrito escolar no puede exigirle que pague nada por el costo de los servicios de educación especial y/o relacionados con la salud de su hijo. Esto significa que el distrito escolar no puede exigirle que pague un copago o deducible para poder cobrarle a Medicaid por los servicios prestados. El distrito escolar puede acordar pagar el copago o el deducible si se espera tal costo.
3. Si le da permiso al distrito escolar para compartir información y solicitar un reembolso de Medicaid:
 - a. **Esto no afectará la cobertura de por vida disponible de su hijo ni ningún otro beneficio de Medicaid; ni limitará de ninguna manera el uso de los beneficios de Medicaid por parte de su propia familia fuera de la escuela.**
 - b. **Su permiso no afectará los servicios de educación especial de su hijo o los derechos del IEP/IFSP de ninguna manera, si su hijo es elegible para recibirlos.**
 - c. **Su permiso no dará lugar a ningún cambio en los derechos de Medicaid de su hijo; y**
 - d. **Su permiso no generará ningún riesgo de perder la elegibilidad para otros programas financiados por Medicaid o Medicare.**
4. Si da permiso, tiene derecho a cambiar de opinión y retirar su permiso en cualquier momento.
5. Si retira su permiso o se niega a permitir que el distrito escolar comparta los registros y la información de su hijo con Medicaid con el fin de solicitar el reembolso del costo de los servicios, el distrito escolar seguirá siendo responsable de brindarle los servicios a su hijo, en sin costo para usted.

- ESTOY DE ACUERDO y doy permiso a la escuela para compartir con Medicaid los registros y la información sobre mi hijo y sus servicios relacionados con la salud, según sea necesario. He leído el aviso y lo entiendo. Cualquier duda que tuve fue respondida.
- NO doy permiso para que la escuela divulgue información con fines de facturación de Medicaid y NO doy mi consentimiento para que la escuela acceda o facture al seguro de Medicaid por los servicios prestados.

*Tengo la autoridad para celebrar este acuerdo y reconozco que mi firma electrónica a continuación es legalmente vinculante. Acepto que las versiones electrónicas de este documento tendrán el mismo peso y deferencia que una copia impresa.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Information for Parents About Medicaid in Schools

How Do Medicaid and Illinois Schools Work Together?

The State of Illinois participates in a federal program called Medicaid School-Based Services. This program helps school districts by allowing them to receive reimbursement for medical services provided to students. School districts frequently utilize this Medicaid reimbursement to help meet the costs of providing services.

Who Can the District Submit Reimbursement For?

While medical services will be provided to all students, school districts may only receive reimbursement for services provided to students who are Medicaid eligible.

What Services Does Medicaid Cover?

- Occupational Therapy
- Physical Therapy
- Nursing Services
- Speech/Language Services
- Psychological Services
- Social Work Services
- Audiology Services
- Special Transportation
- School Health Aides
- Screenings/Evaluations

Why Does the District Need Parental Consent?

Federal law requires school districts to seek parental consent prior to submitting bills for reimbursement from public insurers such as Medicaid. The school district is required to obtain your written permission to release information to Medicaid before the district can submit any information for billing purposes.

Is There Any Cost To Me?

No. Services provided to a student within a school setting are provided at no cost to the parent/guardian.

Will This Impact My Child's Medicaid Benefits?

Granting permission for the school district to bill Medicaid will not reduce your ability to seek other Medicaid-covered health-related services outside the school setting. This permission will not decrease lifetime coverage, increase premiums, or lead to the discontinuation of benefits, as Medicaid does not have a maximum number of eligible visits or a lifetime maximum for services.

Who Will See This Information?

Your student's demographic and service information will be shared with our billing agent and HFS (Healthcare and Family Services) for the purpose of verifying Medicaid eligibility and submitting claims.

What If I Do Not Grant Consent? -or- What If I Change My Mind?

You have the right to withdraw consent at any time. Your child's free appropriate public education and related services will continue regardless of consent, refusal of consent, or withdrawal.

Who Do I Contact If I Have Questions?

Please contact your school district with any questions or concerns.