

## **Notificación a los Padres/Apoderados para Acceder al Seguro Público**

Estimados Padres/Apoderados:

Desde hace varios años, Missouri ha participado en un programa federal llamado Medicaid - Servicios en la Escuela. El programa ayuda a los distritos escolares mediante el reembolso parcial de algunos servicios médicos que figuran en el Plan Educativo Individualizado del alumno (IEP). De conformidad con la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA por sus siglas en inglés), los distritos escolares están autorizados a solicitar el pago a los programas de seguros públicos tales como Medicaid (llamado MO HealthNet en Missouri) para cubrir algunos servicios del IEP proporcionados en la escuela.

En 2013, los requisitos de IDEA cambiaron para ser menos onerosos para los padres/apoderados y las escuelas. Antes de que un distrito escolar pueda acceder a su seguro público por primera vez, y posteriormente cada año, debe notificar a los padres/apoderados por escrito. Entonces, ¿qué significa eso?

### **¿Qué se le va a pedir a usted?**

Se le pedirá que dé su consentimiento por escrito una vez para dar información de los registros educativos de su hijo, incluyendo información acerca de los servicios que recibe a través de su IEP. Esta información se pide con el propósito de facturar a MO HealthNet y obtener el pago parcial de algunos servicios médicos del IEP bajo IDEA.

### **¿Qué tipo de información se presentará en el formulario de consentimiento?**

El formulario de consentimiento le deberá indicar que información de identificación personal puede ser divulgada, tal como el nombre de su hijo, fecha de nacimiento, número de Seguro Social (si lo tuviera), número de Medicaid u otra identificación, tipo de discapacidad, IEP y las evaluaciones, tipos de servicios, fechas y horas de servicio, y notas de progreso. El formulario de consentimiento debe también indicar con qué propósito se solicita revelar la información (por ejemplo, el pago de MO HealthNet) y la agencia que recibirá la información.

### **¿Qué significa que usted da su consentimiento?**

Al dar su consentimiento, usted indica que entiende y está de acuerdo con que su seguro MO HealthNet sea facturado para pagar parte del costo de los servicios del IEP y que la información necesaria acerca de su hijo y los servicios del IEP puede ser compartida con la División de MO HealthNet, un agente de facturación contratado, y/o un médico para obtener la documentación de respaldo necesaria (por ejemplo, las prescripciones médicas, derivaciones) con el fin de acceder a sus beneficios de MO HealthNet.

### **¿Puede usted ser obligado a registrarse con la División de MO HealthNet (MHD) para el seguro público?**

Usted no puede ser obligado a registrarse o inscribirse en el seguro público para que su hijo reciba una educación pública gratuita y adecuada, incluidos los servicios del IEP.

### **¿Su consentimiento afectará los beneficios de MO HealthNet de su familia?**

No. Los servicios reembolsados que su distrito escolar ha proporcionado, no limitan la cobertura, cambian la elegibilidad, afectan los beneficios o cuentan para los límites de las visitas o los recursos en los programas de MO HealthNet.

### **¿Qué pasa si cambia de opinión?**

Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento para que se proporcione información de identificación personal de su hijo a la División de MO HealthNet para fines de facturación, en cualquier momento.

### **¿Dar consentimiento o su negativa a dar consentimiento afectará los servicios en el IEP de su hijo?**

No. Su distrito escolar debe proporcionar todos los servicios requeridos en el IEP a su hijo sin costo alguno para usted, si usted da o se niega a dar su consentimiento para que la escuela tenga acceso a sus beneficios de MO HealthNet.

### **¿Qué pasa si usted tiene una pregunta?**

Por favor llame al director de Educación Especial de su distrito escolar, al 417-449-3272, si tiene preguntas o inquietudes.

**Consentimiento de los Padres para Acceder a un Seguro Público  
y para Divulgar Información de Identificación Personal**  
(Consentimiento de los padres se obtiene una vez, pero la notificación se realiza todos los años)

---

Con su consentimiento, le es permitido al distrito escolar solicitar el reembolso a la División de MO HealthNet (Medicaid) con el fin de ser pagado por servicios proporcionados a través de un Programa de Educación Individualizada (IEP), bajo la Ley de Individuos con Discapacidades (IDEA), accediendo al seguro público de usted o de su hijo.

Nombre del distrito escolar \_\_\_\_\_ Nixa Public Schools \_\_\_\_\_

Nombre completo del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

El Programa de Servicios en la Escuela de MO HealthNet (Medicaid) en Missouri:

- Proporciona un reembolso parcial a los distritos escolares por servicios que incluyen: Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla/Lenguaje, Servicios de Salud Mental, Audiología /Audición, Servicio Privado de Enfermería, Servicios de Cuidado Personal y Transporte.
- No afecta los beneficios de salud MO HealthNet (Medicaid) de la familia.
- Ayuda a los distritos escolares para compensar algunos de los costos de los servicios prestados a través de un IEP.
- Es voluntario y requiere que uno de los padres o tutor legal de su consentimiento por escrito para que el distrito escolar proporcione información acerca de su hijo y obtenga el reembolso de MO HealthNet para ayudar a pagar por los servicios prestados a través de un IEP.

Si su hijo recibe cualquier de los servicios antes mencionados y califica para la cobertura de MO HealthNet, se solicita su permiso para entregar la información necesaria para que el distrito escolar acceda a MO HealthNet (Medicaid) para el reembolso de los servicios dados en la escuela.

**Al firmar, usted está indicando lo siguiente:**

Entiendo y doy permiso al distrito escolar para que acceda a mi seguro público o al de mi hijo. Entiendo que el expediente educativo de mi hijo y la información sobre los servicios que recibe mi hijo a través del IEP serán entregados con el fin de MO HealthNet (Medicaid) ayude a pagar por los servicios del IEP.

- Entiendo que esto puede incluir compartir información con la División de MO HealthNet (MHD), su agente de facturación contratado, y/o un médico para obtener la documentación necesaria (por ejemplo, prescripciones médicas, derivaciones) para recibir el reembolso por los servicios prestados a través de un IEP.
- Entiendo que la información que se entregará puede incluir: el nombre del menor, fecha de nacimiento, identificación de Medicaid, número de seguridad social (si dado), u otra identificación, discapacidad, IEP y las evaluaciones, el tipo de servicio (s), fechas y horas en que se brindaron los servicios y notas de progreso.
- Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente durante todo el tiempo que el distrito sea responsable de proporcionar los servicios del IEP a mi hijo, a menos que sea revocado por mí, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación al distrito escolar por escrito.
- Entiendo que la revocación de mi consentimiento no modifica la responsabilidad del distrito escolar de proporcionar todos los servicios requeridos en el IEP a mi hijo sin costo alguno para mí.
- Antes de dar mi consentimiento, me fue entregada una notificación por escrito que explica más acerca del consentimiento de los padres y el propósito de esta forma.
- Mi consentimiento autoriza al distrito escolar para acceder a mis beneficios de MO HealthNet a partir del 1ero de agosto del 2020.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre (Escrito o Impreso)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha