

Nombre del Distrito y Código: **ESCUELAS PUBLICAS DE BROCKTON 00440000**

Contacto de la Escuela/Distrito: **Linda Cahill, Directora de Enfermeras**

Estimado Padre/Tutor:

El propósito de esta carta es solicitar su permiso (también conocido como consentimiento) para compartir información sobre su hijo con MassHealth. Las comunidades locales de Massachusetts han sido aprobados para recibir un reembolso parcial de MassHealth, por el costo de ciertos servicios relacionados con la salud proporcionados por el distrito a su hijo (o hijos). Para que su comunidad recupere parte del dinero gastado en servicios, el distrito escolar debe compartir con MassHealth los siguientes tipos de información sobre su hijo: nombre; fecha de nacimiento; género; tipo de servicios proporcionado, cuándo y por quién; e identificación de MassHealth.

Con su permiso, el distrito escolar podrá solicitar un reembolso parcial por los servicios proporcionados por MassHealth, que incluyen, entre otros, una prueba de audición o un examen de la vista; un examen físico escolar; terapia ocupacional, del habla o física; algunas visitas de enfermeras escolares; y servicios de consejería con el trabajador social o psicólogo escolar. Cada año, el distrito le proporcionará una notificación sobre su permiso; no es necesario que firme un formulario todos los años.

El distrito escolar no puede compartir con MassHealth información sobre su hijo sin su permiso. Al considerar dar permiso, por favor tenga en cuenta lo siguiente:

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

He leído el aviso y lo entiendo. Cualquier pregunta(s) que yo tenía fueron contestadas. Doy permiso al distrito escolar para compartir con MassHealth los registros e información sobre mi(s) hijo(s) y sus servicios

relacionados con la salud, según sea necesario. Entiendo que esto ayudará a nuestra comunidad a buscar el reembolso parcial de los servicios cubiertos por Mass-Health.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del Niño:	Fecha de Nac.	SASID # (añadido por el distrito):
Nombre del Niño:	Fecha de Nac.	SASID # (añadido por el distrito):
Nombre del Niño:	Fecha de Nac.	SASID # (añadido por el distrito):
Nombre del Niño:	Fecha de Nac.	SASID # (añadido por el distrito):