

Aviso de Massachusetts Para Os Pais Para Consentimento Único Para Permitir Acessar Os Benefícios do MassHealth (Medicaid)

Nome do Distrito e Código: ESCOLAS PUBLICAS DE BROCKTON 00440000

Escola/Contato no Distrito: Linda Cahill, Director of Nurses

Caros Pais/ responsáveis:

O objetivo desta carta é pedir sua permissão (também conhecida como consentimento) para compartilhar informações sobre a sua criança com o Departamento do Mass-Health. As comunidades locais em Massachusetts foram aprovadas para receber reembolso parcial do MassHealth pelos custos de certos serviços relacionados à saúde fornecidos pelo distrito para a sua criança(s). Para que sua comunidade receba parte do dinheiro gasto em serviços, o distrito escolar precisa compartilhar com o MassHealth os seguintes tipos de informações: nome; data de nascimento; gênero; tipo de serviços prestados, quando e por quem; e ID do MassHealth.

Com sua permissão, o distrito escolar poderá solicitar reembolso parcial por serviços prestados pelo MassHealth, incluindo, entre outros, teste de audição ou exame de vista; um exame físico escolar; terapia ocupacional ou de linguagem e fala; algumas visitas da enfermeira da escola; e serviços de aconselhamento com o assistente social ou psicólogo da escola. Todos os anos, o distrito o notificará sobre a sua permissão; não precisa assinar um formulário todos os anos.

O distrito escolar não pode compartilhar com o MassHealth informações sobre a sua criança sem o seu consentimento. Ao considerar dar o seu consentimento, esteja informado do seguinte:

1. O distrito escolar não pode exigir que se inscreva no MassHealth para que a sua criança receba os serviços de saúde e/ou de educação especial aos quais ela tem direito.
2. O distrito escolar não pode exigir que pague nada para cobrir os custos dos serviços de saúde e ou educação especial de sua criança. Isso significa que o distrito escolar não pode exigir que pague um co-pagamento ou franquia para que possa cobrar o MassHealth pelos serviços prestados. O distrito escolar pode concordar em pagar o co-pagamento ou a franquia se houver previsão de tal custo.
3. Se der permissão ao distrito escolar para compartilhar informações e solicitar reembolso do MassHealth:
 - a. Isso não afetará a cobertura vitalícia disponível para a sua criança ou outro benefício do MassHealth; nem limitará de forma alguma o uso dos benefícios do MassHealth pela sua própria família fora da escola.
 - b. Sua permissão não afetará os serviços de educação especial de sua criança ou os direitos de um Plano Educacional Individual (IEP) de forma alguma, se a sua criança for elegível a recebê-los.
 - c. Sua permissão não levará a nenhuma alteração nos direitos do MassHealth de sua criança; e
 - d. Sua permissão não terá nenhum risco de perder a elegibilidade para outros programas financiados pelo Medicaid ou MassHealth.
4. Se der permissão, tem o direito de mudar de ideia e retirá-la a qualquer momento.
5. Se retirar sua permissão ou se recusar a permitir que o distrito escolar compartilhe os registros e informações de sua criança com o MassHealth com o propósito de buscar reembolso pelo custo dos serviços, o distrito escolar continuará a ser responsável por fornecer os serviços à sua criança, sem nenhum custo para você.

Eu li o aviso e entendi. Todas as perguntas que eu tive foram respondidas. Dou permissão ao distrito escolar para compartilhar com o MassHealth registros e informações sobre a minha(s) criança(s) e seus serviços de saúde, conforme necessário. Eu entendo que isso ajudará a nossa comunidade a buscar o reembolso parcial dos serviços cobertos pelo Mass-Health.

Assinatura dos Pais: _____ Data: _____

| | | |
|------------------|----------|--------------------------------------|
| Nome da Criança: | D. D. N. | SASID # (para o distrito adicionar): |
| Nome da Criança: | D. D. N. | SASID # (para o distrito adicionar): |
| Nome da Criança: | D. D. N. | SASID # (para o distrito adicionar): |
| Nome da Criança: | D. D. N. | SASID # (para o distrito adicionar): |