

# Avis parental du Massachusetts pour un consentement unique permettant au district scolaire

## Pour accéder aux prestations de MassHealth (Medicaid)

Nom et code du district scolaire : Barnstable Public Schools Code 0200

Contact à l'école/au district : Eric Bruinooge - Directeur de l'éducation spéciale, 230 South Street, Hyannis MA 02601

Cher parent/tuteur :

L'objectif de cette lettre est de vous demander votre autorisation (également appelée consentement) pour partager des informations sur votre enfant avec MassHealth. Les collectivités locales du Massachusetts ont été autorisées à recevoir un remboursement partiel de MassHealth pour les coûts de certains services de santé fournis par le district à votre (vos) enfant(s). Pour que votre communauté puisse récupérer une partie de l'argent dépensé pour ces services, le district scolaire doit partager avec MassHealth les types d'informations suivants concernant votre enfant : nom, date de naissance, sexe, type de services fournis, quand et par qui, et numéro d'identification MassHealth.

Avec votre autorisation, le district scolaire pourra demander un remboursement partiel des services fournis par MassHealth, y compris, entre autres, un test auditif ou un examen de la vue, un examen physique à l'école, une ergothérapie, une orthophonie ou une kinésithérapie, certaines visites de l'infirmière scolaire et des services de conseil auprès de l'assistante sociale ou du psychologue de l'école. Chaque année, le district vous informera de votre autorisation ; vous n'avez pas besoin de signer un formulaire chaque année.

Le district scolaire ne peut pas communiquer à MassHealth des informations sur votre enfant sans votre autorisation. Si vous envisagez de donner votre autorisation, veuillez tenir compte des points suivants :

1. Le district scolaire ne peut pas exiger que vous vous inscriviez à MassHealth pour que votre enfant puisse bénéficier des services de santé et/ou d'éducation spéciale auxquels il a droit.
2. Le district scolaire ne peut pas vous demander de payer quoi que ce soit pour le coût des services de santé et/ou d'éducation spécialisée de votre enfant. Cela signifie que le district scolaire ne peut pas vous demander de payer une quote-part ou une franchise afin de pouvoir facturer les services fournis à MassHealth. Le district scolaire peut accepter de payer la quote-part ou la franchise si un tel coût est prévu.
3. Si vous autorisez le district scolaire à partager des informations avec MassHealth et à lui demander un remboursement :
  - a. Cela n'affectera pas la couverture à vie disponible pour votre enfant ou toute autre prestation de MassHealth, et ne limitera en aucune façon l'utilisation par votre propre famille des prestations de MassHealth en dehors de l'école.
  - b. Votre autorisation n'affectera en rien les services d'éducation spéciale ou les droits du PEI de votre enfant, s'il peut en bénéficier.
  - c. Votre autorisation n'entraînera aucune modification des droits de votre enfant en matière de MassHealth ; et
  - d. Votre autorisation n'entraînera aucun risque de perte d'éligibilité à d'autres programmes financés par Medicaid ou MassHealth.
4. Si vous donnez votre autorisation, vous avez le droit de changer d'avis et de retirer votre autorisation à tout moment.
5. Si vous retirez votre autorisation ou refusez que le district scolaire partage les dossiers et les informations de votre enfant avec MassHealth dans le but de demander le remboursement du coût des services, le district scolaire continuera à être responsable de la fourniture des services à votre enfant, sans que cela ne vous coûte quoi que ce soit.

**J'ai lu l'avis et je le comprends. J'ai reçu une réponse à toutes les questions que je me posais. J'autorise le district scolaire à partager avec MassHealth les dossiers et les informations concernant mon (mes) enfant(s) et leurs services de santé, si nécessaire. Je comprends que cela aidera notre communauté à obtenir un remboursement partiel des services couverts par MassHealth.**

Signature du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant :	Date de naissance :	Numéro SASID (à ajouter par le district) :
Nom de l'enfant :	Date de naissance :	Numéro SASID (à ajouter par le district) :
Nom de l'enfant :	Date de naissance :	Numéro SASID (à ajouter par le district) :

