

Notice parentale du Kentucky de consentement unique pour permettre au district scolaire d'accéder aux bénéfices de Medicaid au Kentucky.

Nom du district scolaire : **[Insert School District Name]**

Personne-ressource de l'école/du district : **[Insert name and contact information]**

Cher parent/tuteur,

Le but de cette lettre est de vous demander la permission de divulguer les informations nécessaires pour recouvrer les coûts auprès de Medicaid pour les services scolaires admissibles. Les agences éducatives locales du Kentucky ont été autorisées à recevoir un remboursement partiel du Department for Medicaid Services (DMS) du Kentucky pour les coûts de certains services liés à la santé fournis par le district à votre enfant (ou vos enfants).

Avec votre permission, le district scolaire pourra demander un remboursement partiel pour les services médicalement nécessaires aux bénéficiaires de Medicaid conformément à un programme d'éducation individualisée (PEI), à un plan de services familiaux individuels (PFSI) ou à d'autres services médicalement nécessaires.

Le district scolaire devra partager les types d'informations suivants sur votre enfant : nom, date de naissance, sexe, numéro de sécurité sociale, plan d'éducation individuel, dossiers de service et toute information pertinente. 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 partager d'informations sur votre enfant sans votre permission. Lorsque vous donnez votre autorisation, veuillez noter ce qui suit :

1. Cela permettra la divulgation d'informations, aux seules fins de facturation des services Medicaid ou d'audit, aux agences suivantes : DMS, Kentucky Department of Education (KDE), Kentucky Department for Public Health, Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), toute agence mandatée pour auditer ce programme et les agents de facturation contractuels tiers.
2. Le district scolaire ne peut pas exiger que vous payiez quoi que ce soit pour le coût des services liés à la santé et/ou à l'éducation spéciale de votre enfant.
3. Cela n'affectera pas la couverture à vie disponible de votre enfant ou toute autre prestation Medicaid ; et cela ne limitera en aucune façon l'utilisation des prestations par votre propre famille en dehors de l'école. Cela n'affectera pas les services d'éducation spéciale de votre enfant ou ses droits en matière de PEI; et cela n'entraînera aucun risque de perdre son admissibilité à d'autres programmes financés par Medicaid ou DMS.
4. Vous avez le droit de changer d'avis et de retirer votre autorisation à tout moment.

Je donne la permission au district scolaire de partager avec DMS des informations concernant mon/mes enfant(s) et leurs services liés à la santé, si nécessaire. Je comprends que cela aidera notre école à demander un remboursement partiel des services couverts par DMS.

Signature du parent/tuteur: _____ Date: _____

Nom de l'enfant :	Date de naissance:	Numéro de Medicaid:
--------------------------	---------------------------	----------------------------