

Aviso Parental de Kentucky sobre Consentimiento por única vez para permitir al distrito escolar acceder a los beneficios de Medicaid de Kentucky

Nombre del distrito escolar: **Fayette County Public Schools**

Contacto de la escuela/distrito: **Debbie Boian, Health Services coordinator**

Estimados padres/tutores:

Por medio de la presente, solicitamos su autorización para divulgar información necesaria para recuperar costos de Medicaid por servicios escolares elegibles. Las agencias educativas de Kentucky pueden recibir reembolsos parciales por parte del Departamento de Servicios de Medicaid (DMS, por sus siglas en inglés) de Kentucky de los costos de determinados servicios de salud prestados por el distrito a sus hijos.

Con su autorización, el distrito escolar podrá tramitar el reembolso parcial de los servicios necesarios en términos médicos prestados a los beneficiarios de Medicaid de conformidad con un Plan Educativo Individualizado (IEP), un Plan Individualizado de Servicios para Familias (IFSP) o de alguna otra manera.

El distrito escolar deberá compartir la siguiente información sobre sus hijos: nombre, fecha de nacimiento, género, número de seguridad social, Plan Educativo Individualizado, registros de Servicio y todo otro dato que resulte relevante. Todos los años, el distrito enviará un aviso solicitando su autorización. No es necesario que firmen un formulario por año.

El distrito escolar no puede compartir información sobre sus hijos sin su autorización. Por lo tanto, al prestar su consentimiento, deben tener en cuenta lo siguiente:

1. Podremos divulgar información solo a los efectos de facturar servicios de Medicaid o para fines auditoría a las siguientes agencias: DMS, Departamento de Educación de Kentucky (KDE, por sus siglas en inglés), Departamento de Salud Pública de Kentucky, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y toda agencia autorizada a auditar este programa y los agentes de facturación contratados.
2. El distrito escolar no puede exigirles que paguen ninguna parte del costo de los servicios de salud o educación especial que se presten a sus hijos.
3. Esto no afectará la cobertura de por vida disponible de sus hijos ni otros beneficios de Medicaid, ni tampoco limitará el uso de beneficios fuera de la escuela por parte de su familia. No se verán afectados los servicios de educación especial de sus hijos ni los derechos del IEP ni existirá el riesgo de perder la elegibilidad para otros programas financiados por Medicaid o por el DMS.
4. Pueden cambiar de opinión y retirar la autorización en cualquier momento.

Autorizo al distrito escolar a compartir con DMS información sobre mi hijo/a y sus servicios de salud según sea necesario. Entiendo que con esto la escuela podrá tramitar el reembolso parcial de los servicios cubiertos por el DMS.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Número de Medicaid:
-------------------------------	-----------------------------	----------------------------