

Notificación de consentimiento de los padres para permitir que la escuela acceda a los beneficios de Medicaid de Luisiana

Nombre de la escuela: Jefferson Parish Schools

Estimado padre/madre/tutor:

El propósito de esta carta es solicitar su autorización (también conocida como consentimiento) para compartir información sobre su hijo/a con el programa Medicaid del Departamento de Salud de Luisiana. Se aprobó que las escuelas de Luisiana reciban un reembolso parcial del programa Medicaid de Luisiana por el costo de ciertos servicios relacionados con la salud que el distrito provee a su hijo/a. Para que la escuela de su hijo/a reciba un reembolso por una parte del dinero gastado en los servicios, el distrito escolar necesita compartir la siguiente información de su hijo/a con Medicaid de Luisiana: nombre; fecha de nacimiento; género; tipo de servicio prestado y cuándo y quién lo prestó; diagnóstico (si hubiera alguno); y el número de identificación de Medicaid de Luisiana. Si su hijo/a es elegible para recibir servicios para cubrir sus necesidades, el sistema escolar puede proveer dichos servicios y/o usted puede llevar a su hijo/a a otro proveedor que acepte Medicaid.

Con su autorización, el distrito escolar podrá obtener un reembolso parcial de parte de Medicaid de Luisiana por los servicios prestados, incluyendo, entre otros: examen auditivo o examen visual; terapia ocupacional, del habla o fisioterapia; ciertas visitas de la enfermero/a escolar; y servicios de consejería. Cada año, el distrito escolar le enviará una notificación con respecto a su autorización y no será necesario firmar un formulario anualmente.

El distrito escolar no puede compartir información sobre su hijo/a con Medicaid de Luisiana sin antes contar con su autorización. Al considerar si otorga su autorización, tome en cuenta lo siguiente:

1. El distrito escolar no puede obligarlo a inscribirse a Medicaid de Luisiana para que su hijo/a reciba servicios relacionados con la salud y/o educación especial a los que su hijo/a tiene derecho.
2. El distrito escolar no puede obligarlo a pagar ninguna parte del costo de los servicios relacionados con la salud y/o educación especial de su hijo/a.
3. Si decide otorgar su autorización para que el distrito escolar comparta información con Medicaid de Luisiana y solicite un reembolso al programa:
 - a. Esto no afectará la cobertura de por vida disponible de su hijo/a ni otro Medicaid de Luisiana; ni limitará, de manera alguna, el aprovechamiento de los beneficios de Medicaid de Luisiana por parte de su familia fuera de la escuela.
 - b. Su autorización no afectará los servicios de educación especial de su hijo/a o derechos del Programa Educativo Individualizado (IEP, en inglés) de manera alguna en caso de que su hijo/a sea elegible para recibirlos.
 - c. Su autorización no afectará de ninguna manera los derechos de Medicaid de Luisiana de su hijo/a; y
 - d. Su autorización no generará ningún riesgo de perder la elegibilidad para participar en otros programas financiados por Medicaid.
4. Si otorga su autorización, usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar dicha autorización en cualquier momento.
5. En caso de retirar su autorización o negarse a permitir que el distrito escolar comparta los expedientes e información de su hijo/a con Medicaid de Luisiana para efectos de obtener un reembolso por los costos de los servicios, el distrito escolar seguirá siendo responsable de proveer los servicios para su hijo/a sin costo alguno para usted.

He leído la notificación y comprendo su contenido. Cualquier pregunta que haya tenido fue respondida. Otorgo mi autorización al distrito escolar para que comparta los expedientes e información sobre mi hijo/a y sus servicios relacionados con la salud, en caso de ser necesario, con el Departamento de Salud de Luisiana (LDH, en inglés). Comprendo que esto ayudará a la escuela de mi hijo/a a obtener un reembolso parcial por los servicios cubiertos por el programa Medicaid de Luisiana.

Nombre del alumno

Nombre del padre / madre / tutor/a legal

Fecha de nacimiento del alumno

Firma del padre / madre / tutor/a

Fecha