



Notificación de los Derechos de los Padres en relación al uso de beneficios públicos o Seguro

Estimado padre/madre/encargado:

El Distrito Escolar del Condado de Pasco podría solicitar usar los beneficios de Medicaid u otros beneficios públicos o seguros en que su niño(a) participa para proveer o pagar por servicios requeridos bajo la Ley para Educación de Personas con Discapacidades (IDEA-Individuals with Disabilities Education Act), sección 300.154(d)(2)(v) del Título 34, Código de Regulaciones Federales, según permitido bajo beneficios públicos o programa de seguro. IDEA requiere que el distrito escolar obtenga el consentimiento de los padres antes de tener acceso a los beneficios públicos o seguro por primera vez. Este consentimiento que se procura solo una vez, debe especificar:

1. La información de identificación personal que puede ser divulgada,
2. El propósito por el cual se comparte,
3. La agencia con la cual se comparte la información, y
4. Que usted entiende y está de acuerdo con el distrito escolar tenga acceso a los beneficios públicos o programa de seguro de su niño para pagar por servicios bajo Parte B, de IDEA.

El Distrito Escolar del Condado de Pasco deberá proveerle una notificación escrita antes de acceder el seguro público de su niño por primera vez, antes de obtener el consentimiento de los padres por única vez, y una vez al año a partir de entonces.

Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento para divulgar la información de identificación personal de su niño con la agencia responsable de la administración de beneficios públicos o programa de seguro del estado en cualquier momento. El retirar su consentimiento o rehusar proveer el consentimiento para compartir la información de identificación personal no libra al distrito escolar de su responsabilidad para asegurar que todos los servicios requeridos sean provistos sin costo alguno.

El Distrito Escolar del Condado de Pasco:

1. Podría no requerir que usted enliste o se registre para beneficios públicos o programas de seguro para que su niño reciba una educación gratuita pública bajo IDEA, Parte B;
2. Podría no requerir que usted incurra en gastos de su bolsillo tales como pagos de deducibles o copagos al presentar un reclamo por servicios provistos de conformidad con esta parte, pero el distrito podría pagar el costo que usted de otra forma debiera haber pagado;
3. Podría no hacer uso de los beneficios de su niño bajo fondos públicos o programa de seguro si ese uso:
 - a. Disminuye la cubierta disponible de por vida o cualquier otro beneficio de aseguranza;
 - b. Resulta en que la familia pague por servicios que de otra forma estarían cubiertos por beneficios públicos o el programa de seguro y que son requeridos para su hijo fuera del horario escolar;
 - c. Aumenta el pago de primas o resulta en la discontinuación de beneficios o seguro; o
 - d. Se pone en riesgo la elegibilidad para exenciones basadas en el hogar y la comunidad, en función de los gastos agregados relacionados con la salud.

Si tiene preguntas sobre esta notificación, puede llamar al Coordinador del Programa Medicaid, (813) 794-2601.

Distrito Escolar del Condado de Pasco
Consentimiento de los padres para divulgar información de identificación personal
para el reembolso de Medicaid

La Ley de Educación para Individuos con Discapacidades de 2004 (IDEA) permite a los distritos escolares solicitar el reembolso de Medicaid [34 CFR, sección 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B)] por los servicios prestados en la escuela. Nuestro distrito escolar desea solicitar el reembolso de ciertos servicios proporcionados a su hijo mediante el acceso a Medicaid. IDEA requiere que obtengamos su consentimiento por escrito con el fin de divulgar cierta información relacionada con la solicitud de reembolso de Medicaid. El reembolso de Medicaid ayuda al distrito escolar a financiar los costos de proporcionar educación especial y servicios relacionados.

Otorgación de denegación del consentimiento: (favor de leer, dar sus iniciales, firmar y fechar al final)

___ Entiendo y doy mi consentimiento al distrito para compartir información sobre mi hijo con la agencia de Medicaid del estado (Agencia de Administración de Atención Médica del Estado de Florida), su agente fiscal y el agente o facilitador de facturación de Medicaid para que el distrito verifique la elegibilidad de Medicaid, solicite reembolso de Medicaid, y satisfaga las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo. Entiendo que puedo retirar este consentimiento para divulgar información para el reembolso de Medicaid en cualquier momento. Entiendo que si me niego a dar mi consentimiento o retirar este consentimiento, el distrito escolar continuará proporcionando todos los servicios necesarios para recibir una educación apropiada sin cargo para mi hijo de acuerdo con 34 CFR, sección 300.154(d)(2)(v)(D). Si se retira el consentimiento, éste entrará en vigencia en esa misma fecha y no se divulgará ninguna información después de esa fecha.

La información compartida puede incluir el nombre de mi hijo, fecha de nacimiento, dirección, la discapacidad de educación especial primaria, el número de Seguro Social, número de identificación de Medicaid de Florida y tipo y cantidad de servicios de salud proporcionados, incluyendo horarios y fechas en que se proporcionaron los servicios. Los servicios pueden incluir servicios de comunicación asistiva, terapia física, terapia del habla, terapia auditiva y de lenguaje, terapia ocupacional, servicios de comportamiento, servicios de transporte, servicios de enfermería. Los registros que se divulgarán o intercambiarán pueden incluir IEP, registros de evaluación y elegibilidad, registros de servicios relacionados, registros de terapia, registros de transporte, notas de progreso e informes o registros de enfermería.

___ No doy mi consentimiento para que el distrito comparta información sobre mi hijo para que el distrito verifique la elegibilidad de Medicaid, solicite el reembolso de Medicaid y satisfaga las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios que se brindan a mi hijo. También llame al (813) 794-2601 y notifique que está optando por no participar.

Tenga en cuenta que el uso de beneficios de seguro público como se describe en este documento no afectará de ninguna manera sus beneficios de seguro público.

Firma del padre/madre/encargado		Fecha de la firma:	
Nombre del padre/madre encargado (impreso)			
Nombre completo del niño/estudiante (impreso)			
Fecha de nacimiento del niño/estudiante			