



CONSENTIMIENTO PARA REEMBOLSO DE MEDICAID

- Doy mi consentimiento según lo indica mi firma abajo
- Doy mi consentimiento si mi hijo(a) califica en el futuro para Medicaid según lo indica mi firma abajo
- No doy mi consentimiento para facturar los servicios reembolsables de Medicaid

Estimado Padre de Familia o Guardián:

Las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) y la Oficina del Superintendente Estatal de Educación (*Office of the State Superintendent for Education, OSSE*) califican para recibir reembolso federal de Medicaid para ciertos servicios proporcionados a su hijo(a) relacionados con salud cuando dichos servicios reúnen los requisitos estatales de Medicaid y son proporcionados en conformidad con el Plan de Educación Individualizada (PEI) de su hijo(a). Cualquiera de los siguientes servicios puede estar incluido:

- Servicios de enfermería especializada
- Evaluación psicológica
- Servicios de apoyo para el comportamiento
- Servicios y evaluaciones de orientación y movilidad
- Servicios y evaluaciones de patología del habla y del lenguaje
- Servicios y evaluaciones de terapia ocupacional
- Servicios y evaluaciones de fisioterapia
- Cuidado personal
- Nutrición
- Transporte especializado

A fin de que las EPDC y la OSSE reciban el reembolso de Medicaid por los servicios que se le proporcionaron a su hijo(a) relacionados con salud, cada agencia debe presentar una solicitud de reembolso que contenga la información personal de su hijo(a) al Departamento de Finanzas de Atención Médica (DHCF, por sus siglas en inglés). El DHCF no podrá usar esta información para ninguna otra finalidad y se requerirá que mantenga dicha información en confidencialidad. La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) requiere que las EPDC y la OSSE obtengan su consentimiento escrito para compartir o divulgar la información de identificación personal del expediente educativo de su hijo(a). Además, la Ley de Mejora Educativa para Personas con Discapacidades de 2004 (*Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004, IDEA*) requiere que las EPDC y la OSSE obtengan su consentimiento escrito para facturar a Medicaid por los servicios proporcionados a su hijo(a) relacionados con salud. Al completar y firmar este formulario, usted ayudará a que las EPDC y la OSSE cumplan con estos requisitos concernientes al consentimiento.

Cuando lo solicite por escrito, usted o su hijo(a) pueden recibir una copia de la información que se compartió con el DHCF. Su consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. Si usted revoca el consentimiento, la revocación no es retroactiva, lo que significa que su consentimiento previo es aún válido respecto a toda la información que se compartió antes de que revocara su consentimiento. Al dar su consentimiento para facturar al seguro de Medicaid por los servicios proporcionados a su hijo(a) relacionados con salud, usted no incurrirá en un gasto en efectivo tal como el pago de un monto deducible o copago y no reducirá su cobertura del seguro de por vida disponible, no aumentarán las primas ni será afectado por la interrupción de los beneficios. Además, si usted se niega a dar este consentimiento, las EPDC y la OSSE aún así garantizarán que se le proporcionen a su hijo(a) todos los servicios requeridos de educación especial y todos los servicios relacionados con salud sin costo alguno para usted.

Consentimiento de los Padres de Familia

Al firmar abajo, yo voluntariamente doy mi consentimiento a las EPDC y a la OSSE para compartir con el DHCF el nombre de mi hijo(a), su dirección principal, fecha de nacimiento, número de seguro social, número de Medicaid, PEI, y toda la información concerniente a los servicios proporcionados a mi hijo(a) relacionados con salud que las fechas y la frecuencia de dichos servicios, evaluaciones y pruebas de educación especial relacionadas con mi hijo(a). Además, yo voluntariamente doy mi consentimiento a las EPDC para que presenten las solicitudes de reembolso al DHCF por los servicios proporcionados a mi hijo(a) relacionados con salud facturables a Medicaid, según se indica en el PEI de mi hijo(a), y doy mi consentimiento voluntariamente a la OSSE para que presente solicitudes de reembolso al DHCF por los servicios de transporte proporcionados a mi hijo(a) facturables a Medicaid, según se indica en el PEI de mi hijo(a). Yo también autorizo a las EPDC y a la OSSE a divulgar la información que se detalla arriba a los representantes estatales y/o federales de Medicaid para el/los fin(es) de determinar la elegibilidad y/o completar las

solicitudes de auditoría/revisión. Entiendo que, a menos que revoque mi consentimiento por escrito, este consentimiento tendrá vigencia por 365 días a partir de la fecha de mi firma.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O GUARDIÁN

FECHA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE