# Consentimento para o compartilhamento de informações com a Medicaid para reembolso pela prestação de serviços de desenvolvimento de habilidades na escola

(Normas VII.L.7. da USBE)

Prezado pai, mãe ou aluno adulto,

(agência de educação local ou LEA) tem a oportunidade de receber reembolso federal do Medicaid por serviços de desenvolvimento de habilidades na escola fornecidos a alunos de educação especial. Antes de submeter pedidos de reembolso ao Medicaid para tais serviços, a LEA é obrigada, sob os regulamentos federais, a obter o consentimento por escrito dos pais, responsáveis ou aluno maior de idade para compartilhar as informações de um aluno.

Se (aluno) atualmente recebe, ou poderia no futuro receber, qualquer serviço de desenvolvimento de habilidades na escola e/ou se qualificar para os benefícios do Medicaid, a LEA solicita sua permissão para pedir o reembolso ao seguro Medicaid. O reembolso é para serviços de desenvolvimento de habilidades na escola, inclusos no programa de educação individualizada (IEP) do aluno.

1. Os serviços devem atender às exigências do programa Medicaid do estado e ser prestados de acordo com o IEP do aluno. Os serviços de desenvolvimento de habilidades reembolsáveis na escola podem incluir serviços de avaliação e/ou serviços relacionados, como fonoaudiologia, serviços de adaptação da visão e audição, terapia ocupacional, fisioterapia, serviços de cuidados pessoais, enfermagem e/ou serviços de saúde comportamental.
2. Solicitamos sua permissão para compartilhar o primeiro nome, sobrenome e data de nascimento do aluno com a Medicaid. Estas informações serão compartilhadas com o Medicaid para fins de faturamento. A LEA e a agência estadual Medicaid compartilharão informações através de um sistema seguro de transferência de arquivos. Quando a LEA compartilha estas informações, a LEA recebe as informações necessárias para processar os pedidos de reembolso. O número de seguridade social do aluno não será divulgado pela LEA ao Medicaid para nenhuma finalidade.
3. A participação da LEA neste programa de reembolso NÃO afeta ou impacta de forma alguma o seguro de saúde ou outros serviços cobertos pela Medicaid que são fornecidos ao aluno fora da escola. A participação da LEA neste programa de reembolso não resultará em custos para a família, nem agora nem no futuro. Se você não der o consentimento, a LEA ainda prestará os mesmos serviços definidos pelo IEP do aluno, mas a LEA não buscará o reembolso do Medicaid por esses serviços.
4. Este consentimento será válido enquanto ao aluno frequentar a LEA; ou até que este consentimento seja alterado sob sua orientação; ou até que os serviços do IEP do aluno mudem na medida em que o aluno não satisfaça o critério para reembolso.

Favor indicar se você consente em compartilhar as informações da LEA com o Medicaid para reembolso da prestação de serviços de desenvolvimento de habilidades na escola e devolver este formulário o mais rápido possível. Se você tiver dúvidas sobre o reembolso do Medicaid ou sobre este consentimento, ligue para a LEA no número [telefone]:

Eu **entendo e concordo** que a LEA pode acessar os benefícios públicos do Aluno (por exemplo, Medicaid) para pagar por educação especial e serviços relacionados.

Eu **não entendo e concordo** que a LEA pode acessar os benefícios públicos do Aluno (por exemplo, Medicaid) para pagar por educação especial e serviços relacionados.

 Eu **dou** **à LEA permissão** para divulgar o nome, sobrenome e data de nascimento do aluno junto à agência estadual Medicaid para fins de faturamento, a fim de ser reembolsado pelos serviços de desenvolvimento de habilidades na escola.

 Eu **não dou** **à LEA permissão** para divulgar o nome, sobrenome e data de nascimento do aluno junto à agência estadual Medicaid para fins de faturamento, a fim de ser reembolsado pelos serviços de desenvolvimento de habilidades na escola.

Nome completo do aluno Data de nascimento

Nome do pai/mãe/responsável legal (legível) Nome da escola

Assinatura do pai/responsável/aluno adulto Data