# Consentimiento para compartir información con Medicaid para el reembolso por la prestación de servicios para el desarrollo de habilidades en la escuela

(Normas VIII.L.7. de la Junta Educativa del Estado de Utah)

Estimado padre, madre o estudiante adulto:

 (agencia de educación local o LEA) tiene la oportunidad de recibir un reembolso federal de Medicaid por los servicios para el desarrollo de habilidades en la escuela que se proporcionaron a estudiantes que reciben educación especial. Antes de enviar las solicitudes de reembolso a Medicaid por dichos servicios, la agencia de educación local (Local Education Agency, LEA) debe obtener, en virtud de los reglamentos federales, el consentimiento por escrito del padre o de la madre, del tutor o del estudiante adulto para compartir la información del estudiante.

Si (el estudiante) recibe actualmente o podría recibir en el futuro los servicios para el desarrollo de habilidades en la escuela o califica para recibir los beneficios de Medicaid, la LEA les solicita permiso para facturar a Medicaid para recibir el reembolso. Se solicita reembolso por los servicios para el desarrollo de habilidades en la escuela que se incluyen en el programa educativo individualizado (Individualized Education Program, IEP) del estudiante.

1. Los servicios deben cumplir los requisitos del programa de Medicaid del estado y se deben proporcionar de conformidad con el IEP del estudiante. Los servicios para el desarrollo de habilidades en la escuela pueden incluir servicios de evaluación o servicios relacionados, como terapia del habla y del lenguaje, servicios de adaptación de la vista y la audición, terapia ocupacional, terapia física, servicios de cuidado personal, enfermería o servicios de salud conductual.
2. Solicitamos su permiso para compartir con Medicaid el nombre, el apellido y la fecha de nacimiento del estudiante. Esta información se compartirá con Medicaid con fines de facturación. La LEA y la agencia estatal de Medicaid compartirán información a través de un sistema seguro de transferencia de archivos. Cuando la LEA comparta esta información, recibirá la información necesaria para procesar los reclamos por reembolso. La LEA no divulgará a Medicaid el número del Seguro Social del estudiante por ningún motivo.
3. La participación de la LEA en este programa de reembolso NO afecta de ninguna manera al seguro médico o a otros servicios cubiertos por Medicaid que se proporcionan al estudiante fuera de la escuela. La participación de la LEA en este programa de reembolso no ocasionará gastos para la familia ahora ni en el futuro. Si no da su consentimiento, la LEA proporcionará de todas maneras los servicios que se describen en el IEP del estudiante, pero no solicitará el reembolso a Medicaid por estos servicios.
4. Este consentimiento será válido mientras el estudiante asista a la LEA, hasta que se modifique según su indicación o hasta que los servicios del IEP del estudiante se modifiquen en la medida en que el estudiante no cumpla el criterio de rembolso.

Indique si comprende y autoriza a que la LEA comparta la información del estudiante con Medicaid para el reembolso por la prestación de los servicios para el desarrollo de habilidades en la escuela y devuelva este formulario lo antes posible. Si tiene preguntas sobre el reembolso de Medicaid o este consentimiento, llame a la LEA al [teléfono]:

**Comprendo y autorizo** a la LEA a acceder al seguro Medicaid del estudiante o mío/nuestro.

**No comprendo y autorizo** a la LEA a acceder al seguro Medicaid del estudiante o mío/nuestro.

**Doy mi permiso** para que la LEA divulgue el nombre, apellido y la fecha de nacimiento del estudiante a la agencia estatal de Medicaid con fines de facturación para recibir un reembolso por los servicios para el desarrollo de habilidades en la escuela.

**No doy mi permiso** para que la LEA divulgue el nombre, apellido y la fecha de nacimiento del estudiante a la agencia estatal de Medicaid con fines de facturación para recibir un reembolso por los servicios para el desarrollo de habilidades en la escuela.

Nombre completo del estudiante

Nombre del padre, de la madre o del tutor (en letra de imprenta)

Firma del padre o de la madre, del tutor o del estudiante adulto

Fecha de nacimiento

Nombre de la escuela

Fecha

¿Se proporcionaron los servicios de un traductor o intérprete para permitir que los padres o el estudiante adulto a entender este formulario?

No, no fue necesario contar con un traductor o intérprete

Sí Firma del traductor o intérprete Fecha

☐ Su idioma nativo u otra forma de comunicación ***no es*** un lenguaje escrito.

**Por lo tanto:**

☐ La notificación se tradujo oralmente o por otros medios a su idioma nativo u otra forma de comunicación el [fecha]: y estuvo a cargo de [persona]: **Y**

☐ Usted verificó con el traductor o intérprete que comprende el contenido de esta notificación.