

Carta Anual de Notificación para Padres de Medicaid

Fecha de hoy: _____

Nombre del Estudiante: _____

Estimado _____ (*nombre del padre*),

El _____ (*nombre del distrito*) Distrito Escolar se complace en proporcionar a su hijo educación especial y servicios relacionados como se indica en su Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) o su hijo que califica para la necesidad médica básica a través del Acceso Ampliado. Su hijo tiene derecho a servicios gratuitos, lo que significa que no tiene costo alguno para usted.

Las leyes estatales y federales permiten que los distritos escolares sean proveedores de servicios de Medicaid para niños con discapacidades que son elegibles bajo la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas) o estudiantes que requieren servicios médicos y sus distritos participan en el Acceso Ampliado; ambos están envueltos en el programa Medicaid. Esto significa que nuestro distrito escolar puede facturar al Departamento de Medicaid por los servicios de salud relacionados indicados en el IEP de su hijo o para los niños que califican para servicios médicos esenciales.

Nuestro distrito escolar está aprobado por el Departamento de Servicios de Medicaid de Kentucky para participar en el Programa de Servicios de Salud Basados en la Escuela de Medicaid. Las reclamaciones escolares para el pago de Medicaid por estos servicios no afectarán la recepción de servicios de salud de su médico de familia u otros proveedores de salud de ninguna manera.

Nuestro distrito escolar no puede presentar reclamos a Medicaid por los servicios de su hijo si no desea que lo hagamos. Nuestra facturación del distrito Medicaid para estos servicios no cambiará los servicios del IEP de su hijo ni su derecho a recibir servicios de Medicaid si su hijo o hija continúa siendo elegible para los servicios de Medicaid.

Si desea negar el acceso del distrito al reembolso de Medicaid por servicios de salud en el IEP de su hijo o los servicios médicos necesarios, debe hacerlo por escrito. Nuestro distrito escolar continuará facturando a Medicaid por servicios especiales a menos que nos notifique por escrito que desea que paremos. Te lo recordaremos una vez al año. Si desea impedir que el distrito presente reclamos a Medicaid para su hijo, envíe una declaración por escrito al Enlace Medicaid del distrito.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la cobertura de Medicaid de su hijo, comuníquese con _____ (*nombre*) a _____ (*número de teléfono*)

Si no tenemos noticias tuyas, comenzaremos o continuaremos presentando reclamos a Medicaid por los servicios de su hijo. Quiero darle las gracias por su apoyo a nuestros esfuerzos.

Sinceramente

(*nombre*)

Enlace de Medicaid

(*número de teléfono*)

