**Aviso parental de Kentucky por consentimiento único para permitir que el Distrito Escolar acceda a los beneficios de Medicaid de Kentucky**

*Nombre del Distrito Escolar:* **[Insertar El Nombre del Distrito Escolar]**

*Contacto entre la escuela/distrito:* **[Insértese el nombre y la información** de contacto]

Estimado Padre/Guardián:

El propósito de esta carta es solicitar su permiso para divulgar la información necesaria para recuperar los costos de Medicaid para los servicios escolares elegibles. Las agencias educativas locales de Kentucky han sido aprobadas para recibir un reembolso parcial del Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky por los costos de ciertos servicios relacionados con la salud proporcionados por el distrito a su hijo (o hijos).

Con su permiso, el distrito escolar podrá solicitar un reembolso parcial por los servicios médicamente necesarios a los beneficiarios de Medicaid de acuerdo con un Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en japonés), un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP, por sus siglas en japonés), o que de otro modo sean médicamente necesarios.

El distrito escolar tendrá que compartir los siguientes tipos de información sobre su hijo: nombre, fecha de nacimiento; género; número de seguro social, Plan de Educación Individual, Registros de Servicio y cualquier información relevante. Cada año, el distrito le proporcionará una notificación con respecto a su permiso; no es necesario firmar un formulario cada año.

El distrito escolar no puede compartir información sobre su hijo sin su permiso. Cuando dé permiso, tenga en cuenta lo siguiente:

1. Esto permitirá la divulgación de información, con el único propósito de facturar los servicios de Medicaid o la auditoría, a las siguientes agencias: DMS, Departamento de Educación de Kentucky (KDE), Departamento de Salud Pública de Kentucky, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), cualquier agencia encargada de auditar este programa y agentes contractuales de facturación de terceros.
2. El distrito escolar no puede exigirle que pague nada por el costo de los servicios de educación especial y relacionados con la salud de su hijo.
3. Esto no afectará la cobertura de por vida disponible de su hijo u otro beneficio de Medicaid; ni limitará de ninguna manera el uso de beneficios fuera de la escuela por parte de su propia familia. Esto no afectará los servicios de educación especial de su hijo o los derechos del IEP; y no dará lugar a ningún riesgo de perder la elegibilidad para otros programas financiados por Medicaid o DMS.
4. Usted tiene el derecho de cambiar de opinión y retirar su permiso en cualquier momento.

**Doy permiso al distrito escolar para compartir con DMS información sobre mi(s) hijo(s) y sus servicios relacionados con la salud, según sea necesario. Entiendo que esto ayudará a nuestra escuela a buscar el reembolso parcial de los servicios cubiertos por DMS.**

Firma del Padre/Tutor: Fecha:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del niño:** | **Fecha de nacimiento:** | **Número de Medicaid:** |