

## NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO INICIAL DE LOS PADRES PARA FACTURAR AL PROGRAMA MEDICAID EN LAS ESCUELAS DEL ANCHORAGE SCHOOL DISTRICT

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El Anchorage School District (ASD, Distrito Escolar de Anchorage) participa en el Programa Alaska Medicaid School-Based Services (SBS Medicaid, Servicios de Medicaid en las Escuelas).

El programa School-Based Services (SBS) de Medicaid\*:

- **SÍ:**
  - Permite que las escuelas reciban fondos federales de Medicaid en forma de un reembolso parcial por los servicios médicamente necesarios y educativamente necesarios que califiquen y estén relacionados con la salud que presten a los estudiantes, como, entre otros, los siguientes: terapia ocupacional, fisioterapia, servicios relativos al habla o al lenguaje, servicios de audiología, de enfermería, de psicología, de consejería o de salud del comportamiento.
  - Ayuda a las escuelas a cubrir algunos costos de los servicios brindados a los estudiantes.
  - Exige la firma de un consentimiento único de Medicaid por parte de los padres o del tutor para compartir información pertinente del estudiante, como datos demográficos, de diagnóstico y registros de los servicios prestados por Alaska Medicaid y su agencia de facturación contratada para obtener reembolsos por los servicios prestados a su hijo.
  - Exige que las escuelas proporcionen a las familias un aviso por escrito una vez al año en donde les informen sobre sus derechos en cuanto a SBS Medicaid por los consentimientos firmados a Medicaid.
- **NO:**
  - Tiene consecuencias para el estudiante en el acceso a los servicios académicos y de apoyo que necesita.
  - Exige que los estudiantes se inscriban en Medicaid.
  - Tiene ningún costo para la familia.
  - Afecta a la elegibilidad para el seguro de Medicaid, los beneficios del seguro ni los límites de por vida del estudiante o de la familia.

☐ Sí, autorizo a la oficina de SBS Medicaid del ASD a divulgar información de mi hijo a fin de verificar la elegibilidad de Alaska Medicaid y de facturar a Alaska Medicaid para obtener reembolsos por los servicios elegibles brindados a mi hijo.

☐ NO, no autorizo a la oficina de SBS Medicaid del ASD a divulgar información de mi hijo a Alaska Medicaid.

Al otorgar mi autorización, reconozco lo siguiente:

- Me han informado mis derechos en cuanto a la divulgación de información pertinente del expediente educativo a fin de que el ASD verifique la elegibilidad de Medicaid y obtenga reembolsos por los servicios elegibles.
- Entiendo que este consentimiento es voluntario y tengo derecho de revocarlo en cualquier momento.
- Si revoco el consentimiento, esto es válido a partir de la fecha de revocación en adelante y no se aplica de manera retroactiva, lo que significa que la revocación no anulará las verificaciones ni los reclamos ya realizados a Alaska Medicaid durante los periodos cubiertos por un consentimiento anterior.

Firma del padre, de la madre o del tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

N.º de identificación de Medicaid del niño: \_\_\_\_\_ (si lo conoce)

### -----FOR OFFICE USE ONLY-----

Please return all forms to the ASD Medicaid department by either inter-district mail or scan to [schoolbasedmedicaid@asdk12.org](mailto:schoolbasedmedicaid@asdk12.org)

\* En cumplimiento de la Individuals with Disability Education Improvement Act (IDEA, Ley de Mejoramiento de la Educación para Individuos con Discapacidades), parte 300.154(d) del título 34 del Code of Federal Regulations (CFR, Código de Regulaciones Federales), y la Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA, Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar), parte 99 del título 34 del CFR.