



## La facturación al Medicaid de servicios relacionados con la salud en el Programa de educación individualizada del estudiante

### Información y respuestas a las familias

#### ¿Porqué los distritos escolares están facturando a Medicaid?

La Ley de educación de personas con discapacidades (IDEA) permite que ciertos servicios prestados de acuerdo con un Programa educativo individualizado (IEP) sean cubiertos por Medicaid. Los fondos de Medicaid ayudan a pagar por los costos de la prestación de estos servicios.

#### ¿Qué servicios pueden facturar a Medicaid los distritos escolares?

Los distritos escolares pueden solamente facturar por servicios relacionados con la salud que estén relacionados en el IEP del estudiante. En general, los servicios por los que el distrito escolar puede facturar a Medicaid son: los servicios de audiometría, evaluación y prue-

bas, los servicios de enfermería, la fisioterapia, la terapia del habla, los servicios de psicología y los servicios de trabajo social.

#### ¿Acaso los distritos escolares necesitan el consentimiento de los padres para facturar a Medicaid?

Sí. Antes de facturar a Medicaid por primera vez, el distrito escolar tiene que pedirle su autorización para facturar el seguro o las prestaciones públicas de usted o las de su hijo(a) para pagar por servicios relacionados con su hijo(a) de acuerdo con IDEA. Los distritos escolares tienen la obligación, de conformidad con la Ley de privacidad y derechos educativos de la familia (FERPA), de obtener el consentimiento de los padres antes de compartir informaciones acerca de un estudiante. Esto incluye compartir con Medicaid informaciones personalmente identificables acerca de un estudiante. Para recibir financiación de Medicaid para ayudar a pagar por el costo de los servicios, el distrito escolar tiene la obligación de contar con el consentimiento de los padres para facturar a Medicaid.

#### ¿Acaso los padres pueden retirar su consentimiento de facturar a Medicaid?

Sí. Los padres tienen el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento.

*Formulario de notificación para la utilización de prestaciones públicas o seguros para servicios basados en la escuela.*

**Escuela:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Sitio en la web:**

### Si los padres no dan el consentimiento para facturar a Medicaid ¿todavía recibirán sus hijos servicios de PEI?

Sí. Se exige a los distritos que presten todos los servicios de IEP sin costo para los padres, incluso si el distrito no puede facturar a Medicaid. Un distrito escolar no puede exigir a los padres que se inscriban o se apunten en programas de seguros públicos para que su hijo(a) reciba una educación adecuada gratis de acuerdo con IEA, Parte B.

### Si los distritos escolares facturan a Medicaid, ¿se afectarán los servicios de Medicaid que los padres o tutores reciben fuera de la escuela?

No. Los servicios de Medicaid recibidos fuera de la escuela y el IEP del menor se autorizan por separado. El distrito no puede utilizar las prestaciones de su hijo de acuerdo con un programa de seguro o beneficios públicos si dicho uso provocara una reducción de cualquier otra prestación asegurada; tener como consecuencia que la familia pague por servicios que de otro modo estarían cubiertos por un programa de seguro o beneficios públicos y que el menor requiera fuera del tiempo que el menor está en la escuela; provocar la suspensión de la cobertura; o provocar el riesgo de que ya no cumpla los requisitos para exoneraciones basadas en el hogar y la comunidad en materia de gastos agregados relacionados con la salud.

Si se afectan los servicios médicos, las familias pueden comunicarse con HUSKYHealth llamando al 1-800-859-9889 (de lunes a viernes, de 9 A.M. a 7 P.M.).

Si se han afectado las prestaciones de servicios de salud conductual, las familias pueden comunicarse con **Connecticut Behavioral Health Partnership** (Sociedad de Salud Conductual de Connecticut) llamando al 1-877-552-8247 (de lunes a viernes, de 9 A.M. a 7 P.M.).

### ¿Acaso los distritos escolares tienen la obligación de notificar a los padres? De ser así, ¿con qué frecuencia se debe notificar a los padres?

Como padre o tutor de un estudiante que puede tener un impedimento, usted tiene ciertos derechos de acuerdo con las leyes federales y estatales. El distrito escolar de su hijo(a) tiene la obligación de proporcionarle notificación por escrito de estos derechos acerca del consentimiento de los padres antes de acceder a su seguro o prestaciones públicas por primera vez y anualmente a partir de entonces. Este documento actúa como su notificación por escrito.

### ¿Dónde pueden los padres obtener más información acerca de esto?

En el sitio en la web del Departamento de Educación de Estados Unidos en <http://www2.ed.gov/policy/speced/reg/idea/part-b/part-b-parental-consent.html>.

**MUESTRA DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER AL SEGURO O PRESTACIONES PÚBLICAS DE LOS PADRES/TUTORES O ESTUDIANTES PARA LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD EN EL PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO (IEP) DEL ESTUDIANTE**

Este formulario de consentimiento permite al (*Distrito escolar de*) \_\_\_\_\_ facturar el seguro o las prestaciones públicas de usted o su hijo(a) por servicios cubiertos relacionados con la salud (tales como la fisioterapia o la terapia del habla) en el Programa educativo individualizado (IEP). Los fondos recibidos de su seguro o prestaciones públicas ayudan a pagar los costos de la prestación de estos servicios.

**Derechos del estudiante a la educación especial\***

- El derecho de su hijo(a) a recibir los servicios relacionados en su IEP van a continuar sin interrupción y sin costo para usted, independientemente de que usted firme o no firme este formulario.
- Dar su consentimiento no va a tener repercusiones sobre la cobertura de seguro o de las prestaciones públicas de su hijo.
- Usted tiene derecho de negarse a dar su consentimiento o de retirar su consentimiento en cualquier momento.

<p><b>Consentimiento a que el (<i>Distrito escolar de</i>) _____ acceda al seguro o prestaciones públicas de los padres o tutores o del estudiante por concepto de servicios educativos relacionados con la salud prestados al estudiante</b></p>		
<p>Nombre del estudiante: _____  <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; font-size: small;"> <span>Apellido</span> <span>Segundo nombre</span> <span>Nombre</span> </div> </p>		
<p>Fecha de nacimiento del estudiante: _____ # de SASID del estudiante _____</p>		
<p>El distrito escolar está procurando la autorización para acceder al seguro o prestaciones públicas de su hijo(a) y divulgar los siguientes datos personales para hacer esto (<i>A llenar por parte del distrito escolar</i>)</p>		
<p>¿Qué documentos se van a divulgar? (por ejemplos, documentos o informaciones acerca de los servicios que se le pueden prestar a un menor en particular)</p>	<p>¿Cuál es el objetivo de la divulgación de los documentos? (por ejemplo, determinación de cumplimiento de los requisitos, facturación por servicios prestados y auditoría).</p>	<p>¿A qué agencia se le van a divulgar los documentos? (por ejemplo Medicaid)</p>
<p>____ Yo he repasado el IEP de mi hijo(a) con fecha: _____. Comprendo y estoy de acuerdo en dar mi consentimiento al (<i>Distrito Escolar de</i>) _____ a que facture al seguro o a las prestaciones públicas de mi hijo(a), de conformidad con las leyes estatales y federales, por servicios educativos relacionados con la salud en el IEP de mi hijo(a). Al firmar este consentimiento autorizo al (<i>Distrito escolar de</i>) a dar acceso a la documentación de mi hijo(a) (como se indica anteriormente) al seguro o las prestaciones públicas de mi hijo(a) según sea necesario para los propósitos ya mencionados. Comprendo que, previa solicitud, puedo recibir copias de los documentos divulgados de acuerdo con esta autorización.</p>		
<p>____ No doy mi consentimiento o retiro mi consentimiento al acceso al seguro o las prestaciones públicas mías o de mi hijo(a) y no doy mi consentimiento o retiro mi consentimiento a la divulgación de los datos personales descritos anteriormente. Comprendo que mi negativa no afecta el acceso de mi hijo(a) a ningún servicio(s) al que tenga derecho de conformidad con la Ley de educación de personas con discapacidades*.</p>		
<p><b>Nombre y firma del padre o tutor:</b></p>		
<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p><i>Escriba el nombre en letra de molde</i></p>	<p><i>Firma</i></p>	<p><i>Fecha</i></p>

*Este formulario deberá llevarse y estar disponible para los propósitos de auditoría.*



# STATE OF CONNECTICUT

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

January 29, 2016

Dear Parent/Guardian:

The purpose of this letter is to let you know about the School Based Child Health (SBCH) program. Your child may be receiving special education services, such as speech therapy, counseling, or physical therapy in their school under SBCH.

Here are three things you should know about SBCH:

1. Your school district may be eligible to receive federal money through the SBCH program which helps pay for special education services.
2. A school district may receive SBCH money only if the parental consent form is signed by the parent or legal guardian.
3. Signing the consent form will have no effect on your child's Medicaid health coverage for services outside of school.

If you do not sign the consent form, it will not affect the services your child receives in school. School districts are required to provide a free and appropriate public education, including all services listed in your child's Individualized Education Plan (IEP).

The SBCH program is an important source of funding for your school district. We appreciate your assistance in this program and hope that you will consider the importance of signing the parental consent form and submitting it to your child's school district.

Please feel free to contact your school district's special education department if you have any questions.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Kate McEvoy".

Kate McEvoy, Esq.  
Director

Division of Health Services

KM/kmb