

Notificación para padres de Massachusetts sobre el consentimiento por única vez para permitir el acceso del distrito escolar a los beneficios de MassHealth (Medicaid)

Nombre y código del distrito escolar: Rockland Public Schools

Contacto de la escuela/del distrito:

Estimado/a padre, madre o tutor:

El propósito de esta carta es solicitarle autorización (consentimiento) para compartir la información de su hijo con MassHealth. Las comunidades locales de Massachusetts han sido aprobadas para recibir un reembolso parcial por parte de MassHealth a fin de cubrir los costos de ciertos servicios de salud que el distrito le ha proporcionado a su hijo. Para que su comunidad pueda recuperar parte del dinero que gastó en los servicios, el distrito escolar debe compartir con MassHealth la siguiente información sobre su hijo: nombre; fecha de nacimiento; sexo; tipo de servicio prestado, fecha y proveedor, y número de identificación de MassHealth.

Con su autorización, el distrito escolar podrá solicitar el reembolso parcial de los servicios prestados por MassHealth, que incluyen, entre otros, examen de la vista o de la audición, terapia física, ocupacional o del habla escolares; algunas visitas al personal de enfermería de la escuela, y servicios de asesoramiento con el trabajador social o psicólogo de la escuela. Cada año, el distrito le proporcionará una notificación con relación a su autorización; no es necesario que usted firme un formulario todos los años.

El distrito escolar no puede compartir con MassHealth información sobre su hijo sin su permiso. Al momento de dar su autorización, tenga en cuenta lo siguiente:

1. El distrito escolar no le puede exigir que se inscriba en MassHealth para que su hijo reciba los servicios de salud y de educación especial a los que su hijo tiene derecho.
2. El distrito escolar no le puede exigir que pague ningún costo de los servicios de salud y de educación especial de su hijo. Esto significa que el distrito escolar no le puede exigir que pague un copago o un deducible para cobrarle a MassHealth por los servicios prestados. El distrito escolar puede aceptar pagar el copago o el deducible si dicho costo está previsto.
3. Si usted autoriza al distrito escolar a compartir información con MassHealth y solicitar un reembolso de parte de MassHealth:
 - a. Esto no afectará la cobertura vitalicia disponible de su hijo ni ningún otro beneficio de MassHealth; ni tampoco limitará de modo alguno el uso de los beneficios de MassHealth por parte de su familia fuera de la escuela.
 - b. Su autorización no afectará de forma alguna los servicios de educación especial ni los derechos al Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP) de su hijo, si es elegible para recibirlos.
 - c. Su autorización no cambiará los derechos de MassHealth de su hijo.
 - d. Su autorización no resultará en ningún riesgo de perder la elegibilidad para recibir otros programas financiados por Medicaid o MassHealth.
4. Si usted otorga su autorización, tiene derecho a cambiar de opinión y revocar su autorización en cualquier momento.
5. Si revoca su autorización o se niega a permitir que el distrito escolar comparta los expedientes y la información de su hijo con MassHealth con el propósito de solicitar un reembolso para los costos de servicios, el distrito escolar seguirá siendo responsable de la prestación de los servicios a su hijo, sin costo para usted.

He leído y comprendo esta notificación. Me han respondido todas las preguntas. Autorizo al distrito escolar para que comparta con MassHealth los expedientes y la información de mis hijos y de sus servicios de salud, según sea necesario. Entiendo que esto ayudará a nuestra comunidad a solicitar el reembolso parcial de los servicios cubiertos por MassHealth.

Firma del padre/de la madre/del tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del hijo:	Fecha de nacimiento:	N.º de identificación del estudiante asignado por el Estado (State Assigned Student Identifier, SASID) (para que lo ingrese el distrito):
Nombre del hijo:	Fecha de nacimiento:	N.º de identificación del estudiante asignado por el Estado (State Assigned Student Identifier, SASID) (para que lo ingrese el distrito):
Nombre del hijo:	Fecha de nacimiento:	N.º de identificación del estudiante asignado por el Estado (State Assigned Student Identifier, SASID) (para que lo ingrese el distrito):

Agregar más hijos