

Notificación por Escrito Sobre el Uso de Beneficios Públicos o Seguros para Pagar Cierta Educación Especial y Servicios Relacionados.

INTRODUCCIÓN

Está recibiendo esta notificación por escrito para brindarle información sobre sus derechos y protecciones bajo la Ley federal de educación para personas con discapacidades (IDEA), para que pueda tomar una decisión informada sobre si debe dar su consentimiento por escrito para permitir que su condado use los beneficios públicos o el seguro de usted o de su hijo para pagar la educación especial y los servicios relacionados que su condado debe proporcionar sin costo alguno para usted y su hijo según la IDEA.

Los fondos de un programa de seguro o beneficios públicos (por ejemplo, fondos de Medicaid) pueden ser utilizados por su condado para ayudar a pagar la educación especial y los servicios relacionados, pero solo si opta por dar su consentimiento, como se explica a continuación.

Antes de que su condado pueda pedirle que brinde su consentimiento para acceder a los beneficios públicos o al seguro suyo o de su hijo por primera vez, debe proporcionarle esta notificación de los derechos y protecciones disponibles para usted según IDEA. Esta notificación tiene como objetivo ayudarlo a comprender estos derechos y protecciones, incluido el tipo de consentimiento que su condado le pedirá que brinde. Si elige no dar su consentimiento, o luego decide retirar su consentimiento, su condado tiene la responsabilidad continua de asegurarse de que su hijo reciba toda la educación especial requerida y los servicios relacionados bajo IDEA sin costo para usted o su hijo.

CONSENTIMIENTO PARENTAL

34 CFR §300.154 (d) (2) (iv) (A) - (B) y 8 NYCRR §200.5 (b) (8) (i)

A partir del 3 de julio de 2013, antes de que su condado pueda usar su seguro o beneficios públicos o los de su hijo por primera vez para pagar la educación especial y los servicios relacionados según IDEA, debe obtener su consentimiento por escrito firmado y fechado. Su condado solo debe obtener su consentimiento una vez.

Este requisito de consentimiento tiene dos partes.

1. **Consentimiento para compartir registros sobre su hijo:** Su condado debe obtener su consentimiento por escrito antes de divulgar [compartir] información de identificación personal sobre su hijo (como el nombre, dirección, número de seguro social, programa de educación individualizado (IEP) de su hijo, y resultados de la evaluación) de los registros educativos de su hijo. Al solicitar su consentimiento, el distrito (1) **identificará los registros** [o información] sobre su hijo que deberán compartirse (por ejemplo, sobre los servicios que se pueden proporcionar a su hijo); (2) informarle **el propósito de compartir** los registros (por ejemplo, facturación por educación especial y servicios relacionados); e (3) **identificar la agencia** a la que su distrito escolar puede divulgar la información (por ejemplo, la agencia de Medicaid).
2. **Consentimiento para facturar a su programa de seguro público (por ejemplo, Medicaid):** Su consentimiento debe incluir una declaración que especifique que usted comprende y acepta que su condado puede usar sus beneficios o seguro público o el de su hijo (por ejemplo, Medicaid) para pagar algunos de los servicios de educación especial de su hijo.

Si su condado tiene registrado su consentimiento que proporcionó antes del 3 de julio de 2013 para divulgar los registros de su hijo y utilizar los beneficios públicos o el seguro de su hijo para pagar la educación especial y los servicios relacionados, su condado debe solicitar un nuevo consentimiento de usted **solo** cuando haya un cambio en cualquiera de los siguientes: **el tipo de servicios que se brindarán a su hijo** (por ejemplo, fisioterapia o terapia del habla), **la cantidad** de servicios que se brindarán a su hijo (por ejemplo, horas por semana durante el año escolar), o el **costo de los servicios** (es decir, el monto cobrado a los beneficios públicos o al programa de seguros).

Si ocurre alguno de estos cambios, su condado debe obtener de usted un nuevo consentimiento por única vez. Antes de proporcionarle a su condado el nuevo consentimiento por única vez, su condado debe proporcionarle esta notificación. Una vez que brinde este consentimiento por única vez, no se le pedirá que brinde a su condado ningún consentimiento adicional para que pueda acceder a los beneficios públicos o al seguro suyo o de su hijo, incluso si los servicios de su hijo cambian en el futuro. Sin embargo, su condado debe continuar proporcionándole esta notificación anualmente. Tiene derecho a retirar su consentimiento **en cualquier momento**. Si retira su consentimiento, el condado aún debe proporcionar toda la educación especial del IEP de su hijo y los servicios relacionados sin costo para usted. Para retirar su consentimiento, deberá enviar su solicitud por escrito al condado de su hijo.

DISPOSICIONES SIN COSTO

34 CFR §300.154 (d) (2) (i) - (iii) y 8 NYCRR §200.5 (b) (8) (ii) (b) - (d)

Las protecciones "sin costo" de IDEA con respecto al uso de beneficios públicos o seguros son las siguientes:

1. Es posible que su condado no requiera que se registre o se inscriba en un programa de seguro o beneficios públicos para que su hijo reciba una educación pública adecuada y gratuita.
2. Es posible que su condado no requiera que pague ningún gasto de su bolsillo, como el pago de un deducible o copago por presentar un reclamo por servicios que su condado está obligado a proporcionar a su hijo sin cargo.
3. Su condado no puede usar los beneficios públicos o el seguro de usted o de su hijo si el uso de esos beneficios o seguro pudieran:
 - a. disminuir su cobertura de por vida disponible o cualquier otro beneficio asegurado, como una disminución en la cantidad permitida de sesiones de fisioterapia disponibles para su hijo o una disminución en la cantidad permitida de sesiones de su plan para servicios de salud mental;
 - b. hacer que pague por servicios que de otro modo estarían cubiertos por sus beneficios públicos o programa de seguro porque su hijo también requiere esos servicios fuera del tiempo que su hijo está en la escuela;
 - c. aumentar su prima o dar lugar a la cancelación de sus beneficios o seguros públicos; o
 - d. hacer que se arriesgue a perder la elegibilidad de su hijo para las exenciones domiciliarias y comunitarias basadas en sus gastos totales relacionados con la salud.

Esperamos que esta información le sea útil para tomar una decisión informada sobre si permitir que su condado use el seguro o beneficios públicos de usted o de su hijo para pagar la educación especial y los servicios relacionados según IDEA.

Información de contacto: Para obtener información adicional y orientación sobre los requisitos que rigen el uso de beneficios públicos o seguros para pagar la educación especial y servicios relacionados, consulte: <http://www2.ed.gov/policy/speced/reg/idea/part-b/part-b-parental-consent.html>



COUNTY OF DUTCHESS

DEPARTMENT OF BEHAVIORAL & COMMUNITY HEALTH

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ACCESAR AL SEGURO MEDICAID DE LOS PADRES O DEL ESTUDIANTE
PARA PAGAR POR CIERTOS SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL EN EL PROGRAMA DE EDUCACION
INDIVIDUALIZADA DEL ESTUDIANTE (IEP)**

Esto es para pedir permiso (autorización) para facturar a su Programa de Seguro Medicaid o de su hijo por la educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el programa de educación individualizado (IEP). Esta autorización permite que el distrito escolar pueda facturar por servicios cubiertos relacionados con la salud y con el fin de entregar información al agente de facturación de Medicaid del distrito escolar.

Escriba el Nombre del Padre / Tutor: _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____

Medicaid CIN #: _____ Distrito Escolar _____

He recibido una notificación por escrito del distrito escolar que explica mis derechos federales sobre el uso de beneficios públicos o de seguros para pagar por cierta educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y acepto que el distrito escolar puede acceder Medicaid para pagar por la educación especial y servicios relacionados proporcionados a mi hijo. Yo entiendo que:

- Proveer consentimiento no afectará mi cobertura de Medicaid o la de mi hijo;
- A petición, puedo revisar copias de los registros divulgados en virtud de la presente autorización.
- Los servicios enumerados en el IEP de mi hijo deben ser proporcionados sin costo alguno para mí, ya sea que dé o no mi consentimiento para facturar Medicaid;
- Tengo el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento; y
- El distrito escolar tiene que darme una notificación anual por escrito de mis derechos en relación con este consentimiento.

También doy mi consentimiento para que el distrito escolar pueda divulgar la siguiente información/registros sobre mi hijo a la Agencia de Medicaid del Estado para propósitos de facturación por la educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el IEP de mi hijo. Se compartirán los siguientes registros.

Registros a ser compartidos (tales como registros o información acerca de los servicios que su hijo reciba)	
IEP, Orden Escrita/Remisión	Registros Especiales de Transporte y programa registros
Reportes de Evaluación/Notas de la Sesión	Otra información personal identificable
"Bajo la dirección de" Registros/Notas	Algún otro registro específico relacionado a los servicios o programas del niño

Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que el derecho de mi hijo a recibir educación especial y servicios relacionados de ninguna manera depende de mi concesión de la autorización y que, a pesar de mi decisión de dar este consentimiento, se le proporcionarán a mi hijo todos los servicios requeridos en el IEP, sin costo alguno para mí.

Escriba el Nombre del Padre / Tutor

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Si no es firmada en la reunión CPSE, por favor firmarla y regresarla a:

DBCH – Preschool Office, 85 Civic Center Plaza - Suite 106, Poughkeepsie, NY 12601

Si tiene alguna pregunta con relación a esta carta, puede llamar 845-486-3495.