



## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL REEMBOLSO DE MEDICAID

Por este medio el Departamento de Educación le pide su colaboración al tiempo que trabajamos para proporcionarle servicios a su hijo. Nuestras escuelas pueden recibir financiamiento adicional para algunos de los servicios brindados a los estudiantes que, como su hijo(a), tienen un plan o programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program*, IEP). A fin de que las escuelas reciban estos fondos, necesitamos su consentimiento para (1) acceder y revelar información de identificación personal del expediente de su hijo a los programas federales y estatales de Medicaid sobre evaluaciones, programas y servicios de educación especial que se le proporcionan al estudiante, y (2) acceder a los beneficios de Medicaid de su hijo para financiar estos servicios. Lea la siguiente información, complete el formulario adjunto y deposítelo en la escuela de su hijo.

Gracias por ayudarnos a garantizar que nuestras escuelas públicas reciban la mayor cantidad posible de fondos para los importantes servicios que les brindamos a nuestros alumnos.

---

### **¿Por qué me están pidiendo que firme este formulario de autorización?**

El Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (NYC DOE) utiliza fondos de Medicaid para cubrir algunos de los gastos que conlleva proporcionarles servicios de educación especial a los alumnos que los necesitan. Con su autorización, el NYC DOE puede solicitar que a su hijo se le hagan evaluaciones y se le presten servicios. Usted no tiene que obtener Medicaid para que su hijo reciba los servicios que establece el IEP.

### **¿Qué información recibirán los programas estatales y federales de Medicaid sobre mi hijo?**

El NYC DOE proporcionará información de identificación personal sobre las evaluaciones y servicios de educación especial que recibe su hijo. Esta información podría incluir el IEP, apuntes de progreso, registros de asistencia a clases, evaluaciones y otros documentos y datos relacionados con evaluaciones y servicios suministrados a su hijo.

### **¿Tendremos yo o mi familia que incurrir en gasto alguno?**

No tiene ningún costo ni para usted ni para su familia. No le pedirán que incurra en ningún gasto, ni bono, ni costo, ni copagos por estos servicios. Los servicios que su hijo recibe tanto dentro y fuera de la escuela no sufrirán ninguna alteración. Si su familia recibe beneficios de Medicaid, su cobertura no se cancelará, la cobertura de por vida vigente no disminuirá y los servicios que recibe su familia no se alterarán de ninguna manera por acceder a los beneficios de Medicaid. A usted no le exigirán que solicite Medicaid ni que se inscriba en el programa para que su hijo reciba los servicios estipulados en el IEP. Usted no correrá ningún riesgo de perder la admisibilidad para exenciones del hogar y la comunidad, si es que existe alguna, que se basen en sus gastos totales por concepto de salud.

### **¿Puedo cambiar de parecer en cuanto a permitirle al NYC DOE acceso a la información de mi hijo y solicitar el reembolso de gastos al programa Medicaid? ¿Qué ocurre si no doy mi autorización?**

En cualquier momento usted puede cambiar de parecer acerca de esta autorización. Para cambiar su decisión, llene un nuevo formulario y envíelo a la escuela de su hijo. El NYC DOE debe proporcionarle a su hijo educación especial y servicios a ningún costo para usted, aún si usted no da su aprobación o si retira su autorización en una fecha posterior.



CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN  
DE REEMBOLSO DE *MEDICAID*

<<Student's last name>> **Ejemplo**<sup>th</sup>>> <<NYC student ID>>

Seleccione una opción, firme, coloque la fecha en el documento, y devuélvale este formulario a la escuela de su hijo(a).

- Sí. Entiendo y convengo en que el *NYC DOE* puede tener acceso a los registros de educación especial de mi hijo(a), entre ellos el Programa de educación individualizado (*IEP*), notas de progreso, registros de asistencia a clases, evaluaciones y otros registros e información acerca de servicios y evaluaciones que le pueden proporcionar a mi hijo(a) y revelarles esta información de identificación personal a las entidades estatales y federales de *Medicaid* en la medida en que sea necesario para reclamar reembolso de ese programa. Convengo en que el *NYC DOE* puede tener acceso a los beneficios de *Medicaid* de mi hijo(a) para costear la educación especial y los servicios estipulados en el *IEP*.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

----- **Ejemplo** -----

- No. No doy permiso para que el *NYC DOE* tenga acceso a los registros de educación especial de mi hijo(a) y solicite reembolsos de *Medicaid* por servicios de educación especial brindados a mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA