**Nombre del distrito escolar:**

**Información de contacto del distrito escolar:**

Estimado/a padre/madre/tutor:

El propósito de esta carta es solicitar su permiso (también conocido como “consentimiento”) para compartir información sobre su hijo/a con el programa Medicaid del Departamento de Salud de Luisiana (“Louisiana Medicaid”). Se ha aprobado que los distritos escolares de Luisiana reciban un reembolso parcial de Louisiana Medicaid por el costo de algunos servicios de salud que le preste el distrito a su hijo/a. Para que a la escuela de su hijo/a se le reembolse parte del dinero gastado en servicios, es posible que el distrito escolar tenga que compartir con Louisiana Medicaid este tipo de información sobre su hijo/a: nombre; fecha de nacimiento; número del seguro social, dirección, sexo; tipo de servicios prestados, cuándo y por quién; diagnóstico (si lo hay) y número de identificación (ID) de Louisiana Medicaid. Si su hijo/a es elegible para recibir servicios que cubran sus necesidades, el sistema escolar puede prestarlos o usted puede llevar a su hijo/a a otro proveedor que acepte Medicaid.

Con su permiso, el distrito escolar podrá solicitar el reembolso parcial de los servicios prestados por Louisiana Medicaid, que incluyen, entre otros, una prueba de audición o un examen de la vista; terapia ocupacional o del habla o fisioterapia; algunas consultas con el enfermero escolar; y servicios de asesoramiento. Cada año, el distrito le enviará una notificación sobre su permiso para compartir esta información, pero no es necesario que usted firme un formulario de autorización todos los años. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con: *insert School District Medicaid Contact Information Here.*

El distrito escolar no puede compartir información sobre su hijo/a con Louisiana Medicaid sin su permiso. Cuando usted considere dar su permiso, tenga en cuenta lo siguiente:

1. El distrito escolar no puede exigirle que se inscriba en Louisiana Medicaid para que su hijo/a reciba los servicios de salud o de educación especial a los que tiene derecho.
2. El distrito escolar no puede exigirle que pague nada por el costo de los servicios de salud o educación especial de su hijo/a. Esto significa que el distrito escolar no puede exigirle que pague un copago o un deducible para poder cobrarle a Louisiana Medicaid por los servicios prestados.
3. Si da su permiso al distrito escolar de compartir información con Louisiana Medicaid y de solicitar su reembolso:
	1. Esto no afectará la cobertura de vida disponible de su hijo/a ni otros beneficios de Louisiana Medicaid; tampoco limitará de ningún modo el uso por parte de su propia familia de los beneficios de Louisiana Medicaid fuera de la escuela.
	2. Su permiso no afectará de ningún modo los servicios de educación especial de su hijo/a ni los derechos del Plan Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés), si su hijo/a es elegible para recibirlos.
	3. Su permiso no implica ningún cambio en los derechos de su hijo/a para Louisiana Medicaid; y
	4. Su permiso no implica ningún riesgo de perder la elegibilidad para otros programas financiados por Medicaid.
4. Si da su permiso, tiene derecho a cambiar de opinión y retirar su consentimiento en cualquier momento.
5. Si retira su permiso o se niega a permitir que el distrito escolar comparta los expedientes y la información de su hijo/a con Louisiana Medicaid a fin de solicitar el reembolso del costo de los servicios, el distrito escolar seguirá siendo responsable de prestarle los servicios a su hijo/a sin costo alguno para usted.

He leído este aviso y lo entiendo. Respondieron todas mis preguntas. Doy permiso para que el distrito escolar comparta con Louisiana Medicaid los expedientes y la información de mi hijo/a y sus servicios relacionados con la salud, según sea necesario. Entiendo que esto ayudará a la escuela de mi hijo/a a solicitar el reembolso parcial de los servicios cubiertos por Louisiana Medicaid.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del estudiante Nombre de padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante Firma de padre/madre/tutor Fecha