



SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO  
DE REEMBOLSO DE *MEDICAID*

Estimado padre o tutor:

Le escribo para pedirle su ayuda con nuestro trabajo de proporcionarle servicios a su hijo(a). Nuestras escuelas pueden recibir financiamiento adicional para algunos de los servicios brindados a los estudiantes, como su hijo(a), que tengan planes de educación individualizados (*IEP*). A fin de que las escuelas reciban estos fondos, necesitamos su consentimiento para (1) tener acceso y proporcionarles a los programas de *Medicaid* federales y estatales información de identificación personal de los registros de educación especial de su hijo(a) acerca de las evaluaciones de educación especial, programas y servicios que le proporcionan al (a la) alumno(a) y (2) tener acceso a los beneficios de *Medicaid* de su hijo(a) para financiar estos servicios. Lea la siguiente información, complete el formulario adjunto y entréguelo en la escuela de su hijo(a).

Gracias por ayudarnos a garantizar que nuestras escuelas públicas reciban tanto financiamiento como sea posible para los importantes servicios que les brindamos a nuestros alumnos.

Atentamente,

Carmen Fariña  
Canciller

---

**¿Por qué me piden que firme este formulario de consentimiento?**

El Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (*NYC DOE*) usa financiamiento de *Medicaid* para sufragar algunos de los costos de proporcionarles servicios de educación especial a los alumnos que los necesitan. Con su consentimiento, el *NYC DOE* puede presentar solicitudes de reembolso para evaluaciones y servicios que se le proporcionan a su hijo(a). A usted no le exigen que solicite *Medicaid* o se inscriba en el programa para que su hijo(a) reciba los servicios estipulados en el *IEP*.

**¿Qué información sobre mi hijo(a) se les entregará a los programas estatales y federales de *Medicaid*?**

El *NYC DOE* proporcionará información de identificación personal acerca de las evaluaciones y servicios de educación especial brindados a su hijo(a). Esta información puede ser *IEP*, notas de progreso, registros de asistencia a clases, evaluaciones y otros registros e información relacionados con evaluaciones y servicios suministrados a su hijo(a).

**¿Hay algún costo para mí o mi familia?**

No hay ningún costo ni para usted ni para su familia. A usted no le pedirán que incurra en ningún gasto, ni bono, ni costo, ni copagos por la provisión de estos servicios. Los servicios que se le brindan a su hijo(a) dentro y fuera de la escuela no serán afectados de ninguna manera. 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 resultarán afectados de ninguna manera por el acceso a los beneficios de *Medicaid*. A usted no le exigirán que solicite *Medicaid* o se inscriba en el programa para que su hijo(a) 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 reclamar el reembolso de gastos al programa *Medicaid*? ¿Qué ocurre si no doy mi consentimiento?**

En cualquier momento usted puede cambiar de parecer acerca de este consentimiento. Para cambiar su decisión, llene un nuevo formulario y envíelo a la escuela de su hijo(a). 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 consentimiento 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