**Annual Notice of Intent to Access Medicaid Reimbursement**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:** |  | **DOB:** |       | **ID:** |       |
|  |  |  |  |  |  |
| **School:** |       | **Grade:** |       | **Date Sent:** |       |

Your child’s/Your Individualized Education Program (IEP) includes Special Education and Related Services provided by Weslaco ISD Special Education staff. One or more of the school-based services included in your child’s/your IEP may be eligible for federal Medicaid reimbursement to the Weslaco Independent School District. Medicaid is a public insurer that the school district routinely accesses to assist the school district in meeting the cost of providing special education and related services. Funding may be sought for reimbursement for the following services if they are provided to your child/you who is/are eligible for the Medicaid Program:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personal Care** | **Counseling** | **Psychological Services** | **School Health Services** | **Transportation Services** |
|  |  |  |  |  |
| **Speech Therapy** | **Occupational Therapy** | **Physical Therapy** | **Assessment** | **Audiology** |

Our records indicate that you have already provided written consent for WISD to apply for reimbursement under the SHARS program. It is the districts intent to access Medicaid Reimbursement.

In accordance with federal regulations 34 CFR§300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), you will be provided this *Annual Notice of Intent to Access Medicaid Reimbursement* on an annual basis and:

* Personally identifiable information related to your child/you regarding eligibility and services may be released to the state’s school-based Medicaid program for reimbursement including, but not limited to, *Student name, Date of Birth, Social Security number, Medicaid number, Date of Service, Service type, Service duration, Student eligibility and information regarding student’s disability and health condition.*
* You will be requested to give a one-time consent for the district to access these benefits.
* Refusal to give permission to access public benefits does not relieve the District of its responsibility to ensure that all required services are provided at ***no cost*** to the parent. SHARS is filed monthly for eligible students.
* The district is required to provide you this notice in language that is easily understood by the general public.
* The district is required to provide you this notice in your native language or other mode of communication if feasible to do so.
* You are notified that you may revoke your consent at any time; however, the revocation is not retroactive.

The district may not 1) require parents to incur out-of-pocket expenses or sign up for public benefits in order for their child to receive services; 2) use benefits that would decrease a child’s lifetime coverage or result in the family paying for services that would otherwise be covered, or 3) use benefits if that use would increase premiums, lead to the discontinuation of benefits or risk loss of eligibility for home and community-based waivers as described in section 300.154.

***\*Please note that the state’s school-based Medicaid Program does not affect an individual’s personal lifetime benefits.***

If you have any questions regarding the Texas Medicaid Program please contact:

TX Health and Human Services Commission Medicaid Client Hotline @ 1.800.252.8263 or

\* If you have any questions or wish to revoke this consent, please contact:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Neil D. Garza, Special Education Director or Araceli Rodriguez, SHARS**  | at | **956-969-6822** |
| School / Department Staff |  | Phone# |

**Notificación anual de ARD/IEP para acceder a reembolso de *Medicaid***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre**: |       | **Fecha de Nacimiento**  |       | **No. de Identificación**  |       |
|  |
| Escuela  |       | Grado: |       | Fecha de Envio |       |

Su Programa de Educación Individualizada (IEP) o de su hijo/a incluye la educación especial y servicios relacionados proporcionados por el personal de Educación Especial del Distrito Escolar de Wéslaco. Uno o más de los servicios basados ​​en las escuelas incluidas en la de su hijo / a o su IEP puede ser elegible para el reembolso federal de Medicaid para el Distrito Escolar Independiente de Wéslaco. Medicaid es un asegurador público que el distrito escolar accede habitualmente a asistir al distrito escolar en el cumplimiento de los costos de proveer educación especial y servicios relacionados. El financiamiento puede ser indagado para el reembolso de los siguientes servicios si son proveídos a su hijo/a o a ustedes que es/son elegibles para el programa de Medicaid:

**Cuidado Personal Consejería Servicios Psicológicos Servicios de Salud Escolar Servicios de Transportación**

**Terapia del Habla Terapia Ocupacional Terapia Física Evaluación Audiología**

Nuestros registros indican que usted ya ha dado su consentimiento a WISD para solicitar el reembolso bajo el programa SHARS. Es la intención del Distrito de Wéslaco de acceder el reembolso de Medicaid.

De conformidad con las regulaciones federales 34 CFR§300.154 (d) (2) (iv) (A) - (B), se le proporcionará esta Notificación Anual de Intención de Acceso Medicaid reembolso sobre una base anual y: De conformidad con las regulaciones federales 34 CFR§300.154 (d) (2) (iv) (A) - (B), se le proporcionará esta Notificación Anual de Intención de Acceso de reembolso de Medicaid sobre una base anual y:

* Información de identificación personal relacionada con su hijo /usted con respecto a la elegibilidad y los servicios puede ser liberado al programa de Medicaid en las escuelas del estado para el reembolso, incluyendo, pero no limitado a, nombre del estudiante, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, número de Medicaid, fecha del servicio , tipo de servicio, duración de servicio, la elegibilidad del estudiante y la información con respecto a la discapacidad del estudiante y condición de salud.
* Se le pedirá a dar un consentimiento de una sola vez para el distrito para acceder a estos beneficios.
* Rehusarse a dar permiso para acceder a los beneficios públicos no libera al Distrito de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos sean proporcionados sin costo alguno para los padres. SHARS se presenta mensualmente para los estudiantes elegibles.
* El distrito está obligado a proporcionarle este aviso en un lenguaje que sea fácilmente entendido por el público en general.
* El distrito está obligado a proporcionarle este aviso en su idioma nativo u otro modo de comunicación de ser posible hacerlo.
* Se le notifica que usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento; Sin embargo, la revocación no es retroactiva.

El distrito no puede 1) requerir que los padres incurren gastos directos de su bolsillo o registrarse para obtener beneficios públicos para que su hijo reciba los servicios; 2) utilizar los beneficios que disminuirían cobertura de por vida de un niño o resultar en que la familia pague por servicios que de otra forma estarían cubiertos, o 3) utilizar los beneficios si ese uso aumentaría las primas, conducir a la suspensión de los beneficios o pérdida de elegibilidad para el hogar y exenciones basados ​​en la comunidad, como se describe en la sección 300.154.

***\* Tenga en cuenta que el programa de Medicaid en las escuelas del estado no afecta a los beneficios de por vida personales de un individuo.***

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con el programa de Medicaid de Texas por favor póngase en contacto con:

Comisión de TX de Salud y Servicios Humanos Medicaid @ 1.800.252.8263 o

***Si tiene alguna pregunta o desea revocar este consentimiento, llame a:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Neil D. Garza, Director o Araceli Rodriguez, SHARS** | at | **956-969-6822** |
| Personal de la Escuela/Departamento |  | TELEFONO # |