**Consent to Release Personally Identifiable Information & Access Medicaid Reimbursement**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | DOB: |  | ID: |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
| School: |  | Grade: |  | Medicaid #: | |  |

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

This form is requesting permission to release student information so the District may apply for Medicaid reimbursement under the School Health and Related Services (SHARS) program for designated services listed in the student’s Individualized Education Program (IEP). Schools are required by the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) and the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA) to obtain parental consent before disclosing information about a student. \* **This includes providing the following personally identifiable information to state and/or federal Medicaid agency/ representative and any third party billing company contracted by WISD, 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.**

This form is also requesting permission for WISD to access you/your child’s Medicaid benefits to file for reimbursement for SHARS services provided to your child.

Once the Weslaco ISD obtains this one-time consent, the district will not be required to obtain any further parental consent in the future before it accesses your or your child’s public benefits or insurance regardless of whether there is any change in the type, amount, or cost of services to be billed to the public benefits or insurance program (e.g. Medicaid). However, Weslaco ISD will annually thereafter provide you with written notification that it will access your or your child’s public benefits or insurance.

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.

Weslaco ISD ensures that your child will be provided the services specified in the IEP at no cost to you regardless of whether you consent to Weslaco ISD billing Medicaid for reimbursement; however; your consent will greatly assist the district in providing the highest quality of services to the children served by Weslaco ISD. The money collected from Medicaid is used to expand and enhance medical and related services for children. Your consent is voluntary and may be revoked at any time. Accordingly, the revocation is not retroactive and does not negate reimbursements that may have been received prior to your revocation.

**Please check by each statement, sign your name, insert date, and return this form to:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | at |  | as soon as possible. |
| School / Department Staff |  | School / Department |  |

🞏 YES 🞏 NO I give consent for Weslaco ISD to release personally identifiable information for my childwhich is **outlined** and bolded in the above notice regarding School Health and Related Services (SHARS) my child receives at school to state and/or federal Medicaid agency/ representative and any third party billing company contracted by WISD to determine eligibility and/or to file claims for Medicaid reimbursement. This consent will be effective for the duration of the time that your child is receiving School Health and Related Services (SHARS).

🞏 YES 🞏 NO I acknowledge that I have been fully informed and understand the request for the District to file for reimbursement with the state’s

School-based Medicaid Program for my child/me.

🞏 YES 🞏 NO I give consent for Weslaco ISD to file for reimbursement for School Health and Related Services (SHARS) provided

for my child/me.

🞏 YES 🞏 NO I have been informed in my native language or other mode of communication.

🞏 YES 🞏 NO I understand that my consent for release of information and for Weslaco ISD to file for reimbursement for (SHARS) is voluntary and can be revoked at any time. However, the revocation is not retroactive.

🞏 YES 🞏 NO I give consent for the filing for reimbursement to begin immediately by waiving the required five (5) school day waiting period

between notice of intent to file SHARS and initiation of the filing of SHARS.

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

SIGNATURE OF PARENT, ADULT STUDENT, GUARDIAN, OR SURROGATE PARENT DATE

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

SIGNATURE OF INTERPRETER, IF NEEDED DATE

**\* If you have any questions, please contact:**

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

**Or Texas Health and Human Services Commission Medicaid Client Hotline at 1-800-252-8263**

*Revised 7/8/15*

Consentimiento para Divulgar Información de Identificación y Acceso al Reembolso de Medicaid

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

*El Plan Individual de Educación (Individual Education Plan o IEP) de su hijo(a) incluye servicios de educación especial y otra asistencia relacionada que son proveídos por el personal del Departamento de Educación Especial del Distrito Escolar Independiente de Wéslaco (Weslaco Independent School District o WISD). Uno o más de los servicios incluidos en el IEP de su hijo califican para que WISD obtenga reembolso de Medicaid. Medicaid es una institución pública de seguros médicos a la cual el Distrito accede rutinariamente para enfrentar los gastos de educación especial y otros servicios relacionados.*

*Este formulario está solicitando permiso para divulgar la información del estudiante por lo que el Distrito puede solicitar el reembolso de Medicaid bajo del Programa de Servicios Relacionados (SHARS) del programa de servicios designados que se mencionan en el Programa de Educación Individualizada (IEP). Las escuelas están obligadas por la Ley de Discapacidades (IDEA) y los Derechos Educativos de la Familia y la Ley de Privacidad (FERPA) con obtener consentimiento de los padres antes de divulgar información sobre un estudiante. \*****Esto incluye el suministro de información a la agencia pública y cualquier otra compañía de cobros facturación de los terceros contratada por WISD , incluyendo pero no limitado a, nombre, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, número de Medicaid, fecha de servicio, tipo de servicio y duración del servicio.***

*Este formulario también está solicitando permiso para que WISD acceda a los beneficios de Medicaid suyos o de su hijo para solicitar reembolso por los servicios de SHARS proveídos a su hijo.*

*Después que WISD obtenga su consentimiento, el distrito no va a requerir en el futuro obtener más consentimientos de los padres antes de acceder beneficios públicos o seguro independientemente de su hijo(a) o de usted, no importa si hay algún cambio en el tipo, cantidad, o costo de los servicios que se facturan a los beneficios públicos o programa de seguros (p. ej. Medicaid). Sin embargo, WISD, anualmente le proporcionara una notificación por escrito de que se tendrá acceso a los beneficios públicos o seguros de su hijo(a) o de usted.*

*El distrito no podrá 1) requerir que los padres incurren gastos de bolsillo o registrarse para beneficios públicos para que su hijo reciba los servicios, 2) utilizar los beneficios que disminuiría cobertura de por vida de un niño o dar lugar a que la familia pague por servicios que de otra manera estarían cubiertos, o 3) utilizar los beneficios si ese uso sería aumentar las primas, dar lugar a la suspensión de los beneficios o riesgos de pérdida de la elegibilidad de exención en el hogar y en la comunidad, como se describe en la sección 300.154.*

*WISD le asegura que su hijo(a) recibirá los servicios especificados en el plan individual de educación en forma gratuita, independientemente que el Distrito envíe la cuenta a Medicaid o no; sin embargo, su consentimiento asistirá a WISD a brindarles a los estudiantes servicios de alta calidad. El reembolso recibido de Medicaid se usa para expandir y mejorar la asistencia médica y otros servicios relacionados con los estudiantes. Su consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento.*

***Por favor seleccione la respuesta apropiada en cada declaración, firme y escriba la fecha y envié este formulación a:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *en* |  | *lo más pronto posible.* |
| *Personal de la Escuela/Departamento* |  | *Escuela/Departamento* |  |

🞏 SI 🞏NO *Doy mi consentimiento a Wéslaco ISD a entregar información de identificación personal para mi hijo que se describe y en molde*

*en el aviso anterior sobre Salud Escolar y Servicios Relacionados (SHARS) mi niño recibe en la escuela a otro y / o agencia /*

*representante federal Medicaid y cualquier tercero empresa factura correspondiente contratada por WISD para determinar la*

*elegibilidad y / o presentar las solicitudes de reembolso de Medicaid. Esta autorización será efectiva mientras dure el tiempo que su hijo está recibiendo Salud Escolar y Servicios Relacionados (SHARS).*

🞏SI 🞏NO *Roconozco que he sidoplenamente informado y entiendo la solicitud por medio del Districto a presentar para el reembolso con el*

*Programa de Medicaid en las escuelas del estada para mi hijo/mi.*

🞏SI 🞏NO *Doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar de Wéslaco solicite el reembolso de Salud Escolar y Servicios Relacionados*

*(SHARS) previstos para mi hijo.*

🞏 SI 🞏NO *He sido informado de todo en mi idioma natal u otro tipo de comunicación.*

🞏SI 🞏NO *Entiendo que mi consentimiento para autorizar entrega de información y para que el Distrito Escolar de Wéslaco solicite el*

*reembolso de Salud Escolar y Servicios Relacionados (SHARS) es voluntario. Si decido revocar mi consentimiento, esto no niega una*

*acción que haya ocurrido después que haya dado el consentimiento y antes que haya sido revocado.*

🞏SI 🞏NO *Doy mi consentimiento para la presentación de reembolso para comenzar de inmediato mediante la renuncia de los cinco requerido*

*(5) días escolares plazo entre la notificación de la intención de presentar SHARS y el inicio de la presentación de SHARS*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*FIRMA DEL PADRE, ALUMNO ADULTO, TUTOR LEGAL O SUBSTITUTO (circule el apropiado) FECHA*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*FIRMA DEL INTERPRETE SI SE USO DICHO SERVICIO FECHA*

***Si tiene alguna pregunta, llame a:***

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

***O llamar a la Comisión de Tejas de Servicios Humanos y Salud al Cliente de Medicaid al 1-800-252-8263***

*Revised 7/8/15*