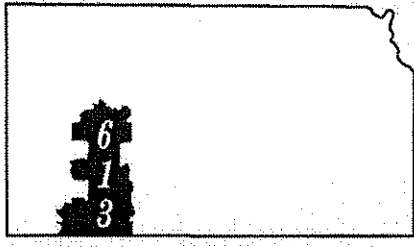


Southwest Kansas Area Cooperative District #613



001 Ford St

Ensign, KS 67841

Phone: (620) 865-2054 Fax: (620) 865-2055

Website: <http://www.skacd.com>

"Providing Exceptional Education for Exceptional Children"

Querida Padres o Tutores,

Muchas gracias a ustedes por haber llenado los formularios del consentimiento de Medicaid para su estudiante el año pasado y si se ha olvidado a llenarlos nos gustaría a alentarlos hacerlo el próximo año. Como indicado en el consentimiento, eso será requerido anualmente. También, se requieren la firma de la persona a Cuidado de la Salud antes de mandar el cobro de los servicios aprobados por la escuela; por eso necesitamos los formularios completos de Autorización para Compartir Información y el Consentimiento de los Padres de Medicaid.

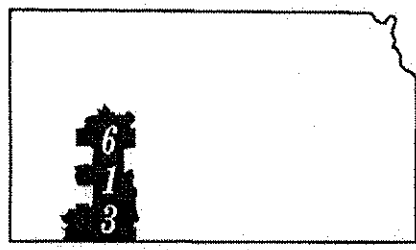
El Distrito #613 Cooperativo del Área de Suroeste de Kansas optima el uso de los recursos financieros a cobrar Medicaid. Por favor envíe adjunto el paquete del consentimiento para el año escolar 2011-2012. **Por favor quite a los dos formularios del consentimiento y resuélvalos en el sobre adjunto.** Su respuesta inmediata será apreciada. Si tiene alguna pregunta, pueda contactar la oficina de SKACD, 620-865-2054.

Atentamente,

A handwritten signature in cursive script that reads "Esther Friesen".

Esther Friesen
Oficinista de Medicaid

Southwest Kansas Area Cooperative District #613



001 Ford Rd
Ensign, KS 67841
Phone: (620) 865-2054 Fax: (620) 865-2055
www.skacd.com

“Providing Exceptional Education for Exceptional Children”

Estimados Padres/Tutores:

El Distrito 613 del Área Cooperativa del Suroeste de Kansas, la Agencia de Educación Local de su hijo(a) (LEA), está participando en un programa el cual les reembolsa por los servicios proporcionados a los estudiantes que son elegibles para Medicaid y que están recibiendo cualquiera de los servicios siguientes en el IEP del estudiante: Terapia Física, Terapia del Habla/Lenguaje, Terapia Ocupacional, Servicios por parte de la Enfermera, Evaluaciones del Psicólogo e Audio logia. S. K. A. C. D. #613 optimiza el uso de recursos financieros al cobrar al Medicaid. El dinero obtenido se utiliza para los costos de evaluación, para el personal y los servicios relacionados proporcionados a los estudiantes de educación especial.

El (FERPA) Derechos de la Educación de la Familia y el Decreto de Privacidad, requiere que las escuelas obtengan el consentimiento por escrito de los padres, antes de compartir cualquier información confidencial acerca de algún estudiante con una incapacidad. Esto incluye el proveer información al Medicaid. Para permitirle al IEP enviar un reclamo al Medicaid, se debe llenar una Forma de Consentimiento de los Padres, cada año.

Para Diciembre 2006, el Medicaid de Kansas enmiendo el Manual del Proveedor LEA para requerir la firma de el Proveedor del Cuidado de la Salud antes de cobrar por los servicios. Estos requisitos deberán ser renovados también, anualmente.

A los padres/tutores se les pide participar al:

1. Completar la forma del consentimiento del Medicaid.
2. Completar la forma para compartir información con el proveedor del Cuidado de la Salud.
3. Enviar una copia de la tarjeta del Medicaid del estudiante.
4. Mantener informado al S. K. A. C. D. #613 de cualquier cambio de la elegibilidad del Medicaid del estudiante.

Toda la información que el programa requiere se mantiene confidencial y no interfiere con los beneficios del Medicaid del estudiante. Si tiene cualquier pregunta acerca de este programa, por favor llame al S. K. A. C. D. #613 al 620.865.2054.

Por favor llene las formas adjuntas y regréselas en el sobre adjunto, ya tiene la estampilla, al: S. K. A. C. D. #613, Attn: Esther, 001 Ford Street, Ensign, KS 67841.

Southwest Kansas Area Cooperative District 613
Consentimiento de los Padres para Medicaid

Los Padres/Tutores deben llenar esta hoja de información para la Agencia de Educación Local del Programa de Medicaid de Kansas.

Nombre del Estudiante: _____
Numero del Seguro Social del Estudiante: _____
Numero de la ID del Medicaid del Estudiante: _____
Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____ **Genero: M F**
Nombre de la Escuela donde Asiste el Estudiante: _____
Nombre del Padre/Tutor: _____
Domicilio del estudiante: _____
Calle Ciudad/Estado Código Postal

El programa de Medicaid de Kansas le permite a las Agencias de Educación Local (LEA) solicitar reembolso por los servicios cubiertos en el Plan Educativo Individual del estudiante: **Terapia Física, Habla/Lenguaje, Terapia Ocupacional, Servicios por parte de la Enfermera, Evaluaciones del Psicólogo y Audiología.**

Mi firma siguiente autoriza a la Agencia de Educación Local del Distrito 613 del Área Cooperativa del Suroeste de Kansas, anotada en el IEP de mi hijo(a) a proporcionar información identificable personal al Programa de Asistencia Médica de Kansas y sus contratistas, ("Medicaid") para propósitos de determinar la elegibilidad del estudiante para Medicaid y si el estudiante fuese elegible para Medicaid, para propósitos de cobrar a Medicaid por los servicios de salud cubiertos por Medicaid proporcionados al estudiante que tiene un Plan de Educación Individual (IEP) por el año escolar de Julio 2011 hasta el Junio del 2012.

Si el estudiante tuviera otra clase de seguro aparte del Medicaid, yo entiendo que Medicaid puede enviarle los reclamos para procesarlos. Este proceso cumple con todos los reglamentos de la ley federal y no afectaría a los beneficios existentes que la familia tenga o al acceso a cualquier otro servicio.

Estoy conciente que el Distrito 613 del Área Cooperativa del Suroeste de Kansas es responsable de proporcionar los servicios de educación especial y servicios relacionados anotados en el IEP de mi hijo(a) a ningún costo adicional y que el hecho de firmar esta forma no afecta a los servicios anotados en el IEP. También entiendo que el cobro/reembolso del distrito no reduce o afecta ningún otro servicio Título XIX de mi hijo(a).

Para cualquier pregunta, dirijase al Director de Educación Especial al 620.865.2054.

Yo entiendo que, al solicitar, pudiera recibir copias de los expedientes del estudiante/mi hijo, que serán proporcionados a dicha agencia mediante esta autorización.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

Southwest Kansas Area Cooperative District 613
Autorización para Compartir Información con el Doctor

Para Diciembre 2006, el Medicaid de Kansas enmendó el Manual de la LEA para que fuera un requisito el obtener la firma de la persona a Cuidado de la Salud antes de mandar cobrar los servicios de Terapia Física, Terapia del Habla y Lenguaje, Terapia Ocupacional, Servicios por parte de la Enfermera, Evaluaciones del Psicólogo y/o Servicios de Audiología.

Nombre del Estudiante: _____

***Doctor/Persona al Cuidado de la Salud:** _____

Domicilio del Doctor: _____

Domicilio

Ciudad/Estado

Código Postal

Teléfono: _____

*(Requerido/Personas del Cuidado de la Salud Aceptables incluye: Doctores, Enfermeras Practicantes Registradas Avanzadas, Asistentes de Doctores, y/o Enfermeras Públicas o del Condado.

Bajo la HIPAA **información de la salud identificable individualmente** está la información que incluye datos demográficos que se relacionan a: la condición física o mental del individuo, en el pasado, presente o futuro; la provisión del cuidado de la salud del individuo en el pasado, presente o pago futuro por la provisión del cuidado de la salud al individuo, y lo que identifica al individuo o por lo que existe una base razonable para pensar que se pueda usar para identificar al individuo. La información de salud identificable individualmente incluye muchos factores comunes de identificación (eje. Nombre, domicilio, fecha de nacimiento, número de seguro social). La Regla de Privacidad bajo la HIPAA le llama **información de la salud protegida (PHI)**.

Mi firma siguiente autoriza al Distrito #613 Cooperativo del Área de Suroeste de Kansas a compartir información con _____

(Nombre del Proveedor del Cuidado de la Salud o el nombre del Médico)

información contenida en el IEP e identificación de mi hijo(a) por el año escolar de Julio 2011 hasta Junio del 2012. Esta información debe usarse para permitirle obtener al Distrito #613 Cooperativo del Área del Suroeste de Kansas un diagnóstico médico para los servicios relacionados con la salud que se le proporcionan a mi hijo(a). Mi firma le permite al doctor mencionado compartir el diagnóstico médico con el Distrito #613 Cooperativo del Área del Suroeste de Kansas relacionado con los servicios que mi hijo(a) recibe.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha _____

Southwest Kansas Area Cooperative District 613

Rehúso al Consentimiento de Compartir Información con Medicaid

Yo, _____ **no otorgo** mi permiso al Medicaid para ayudar a pagar por los servicios proporcionados a mi hijo(a), por el Distrito #613 Cooperativo del Área del Suroeste de Kansas. Aunque me he enterado de el beneficio financiero para los servicios de educación especial proporcionados a mi hijo(a), por ahora, yo no otorgo mi permiso al Distrito #613 Cooperativo del Área del Suroeste de Kansas de recibir reembolso por estos servicios. También entiendo que esta decisión no afectará a los servicios de mi hijo(a).

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Información del Medicaid Para las Familias acerca del Cobro de las Escuelas

¿Por qué están cobrando las escuelas al Medicaid?

El IDEA Decreto de Educación de Individuos con Incapacidades permite que algunos de los servicios del Programa de Educación Individual (IEP) sean cubiertos por el Medicaid. Los distritos escolares optimizan el uso de recursos financieros al cobrar a Medicaid cuando es apropiado.

¿Cómo usan las escuelas el dinero que obtienen del Medicaid?

Este dinero se aplica al fondo del sistema de educación especial y puede usarse para propósitos de educación especial según lo determine la escuela local.

¿Necesitan las escuelas Consentimiento para Compartir Información para cobrar al Medicaid?

Si. El Decreto de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), requiere que las escuelas obtengan el consentimiento de los padres por escrito, antes de compartir cualquier información confidencial acerca de algún estudiante con una incapacidad. Esto incluye el proporcionar información al Medicaid.

¿Necesita involucrarse mi proveedor del Cuidado de Salud?

Si. Es necesaria la firma de su doctor o proveedor del Cuidado de Salud antes de que la escuela cobre por cualquier servicio aprobado.

¿Cuáles son los servicios aprobados que la escuela puede cobrar?

Las escuelas únicamente pueden cobrar por servicios médicos o relacionados, los cuales están especificados en el (IEP) Programa de Educación Individual. En general, los servicios que se pueden cobrar al Medicaid son: Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla y Lenguaje, Servicios por parte de la Enfermera, Servicios de Cuidado Individual y Servicios de Audio logía.

Si la escuela le cobra al Medicaid, ¿Se verán afectados los servicios del Medicaid que recibo fuera de la escuela?

No. Los servicios del Medicaid que recibe fuera de la escuela y los que están incluidos en el IEP de su hijo(a), son autorizados por separado.

Si mi hijo(a) tiene cobertura tanto por un seguro medico privado (eje. Blue Cross/Blue Shield) como por el Medicaid, ¿Le afectará al Medicaid de mi hijo(a)?

No.