



NOTIFICACIÓN ANUAL SOBRE EL CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN DE REEMBOLSO DE *MEDICAID*

Estimado padre o tutor:

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, con anterioridad usted firmó un 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. Esta carta de notificación anual tiene el propósito de recordarle que al firmar con anterioridad este consentimiento, usted entendió y estuvo de acuerdo en que el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York puede tener acceso a los beneficios públicos o seguro de su hijo(a) para costear servicios de educación especial proporcionados al (a la) alumno(a) o en nombre del (de la) alumno(a).

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

Atentamente,

Carmen Fariña
Canciller

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

El Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (*NYC DOE*) entregará información acerca de las evaluaciones y servicios de educación especial que se le proporcionan 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 y revocar mi consentimiento en cuanto a permitirle al *NYC DOE* acceso a la información de mi hijo y reclamar el reembolso de gastos al programa *Medicaid*?

Sí - En cualquier momento usted puede cambiar de parecer acerca de este consentimiento. Para cambiar su decisión, póngase en contacto con la escuela de su hijo(a) y pida llenar un nuevo formulario de consentimiento de *Medicaid*. El *NYC DOE* debe proporcionarles a su hijo educación especial y servicios a ningún costo para usted, aún si retira su consentimiento en una fecha posterior.