**Nombre del distrito escolar:** <insert School District Name>

**Información de contacto del distrito escolar:** <insert School District Contact Information>

Estimado Progenitor/Tutor:

El propósito de esta carta es recordar a usted que usted ha dado su permiso (que también se conoce como consentimiento) para compartir información acerca de su hijo(a) con el programa Medicaid del Departamento de Salud de Louisiana. Las escuelas en Louisiana han sido aprobadas para recibir un reembolso parcial de Medicaid de Louisiana para el costo de ciertos servicios relacionados con la salud proporcionados por el distrito a su hijo(a). Para que la escuela de su hijo(a) recupere algo del dinero gastado en servicios, el distrito escolar necesita compartir con Medicaid de Louisiana los siguientes tipos de información acerca de su hijo(a): nombre, fecha de nacimiento, género, tipo de servicios proporcionados, cuándo y por quién, diagnóstico (si lo hay) y la ID de Medicaid de Louisiana. Si su hijo(a) es elegible para recibir servicios cumplir sus necesidades, los servicios pueden ser proporcionados por el sistema escolar y/o usted pueda llevar a su hijo(a) a otro proveedor que acepte Medicaid.

Con su permiso, el distrito escolar será capaz de buscar un reembolso parcial por servicios proporcionados por Medicaid de Louisiana incluyendo, entre otras, una prueba de audición o examen de la vista; terapia ocupacional, terapia del habla o fisioterapia; algunas visitas de enfermeras a la escuela y servicios de orientación.

El distrito escolar necesitaba su consentimiento para compartir información acerca de su hijo(a) con Medicaid de Louisiana. Por favor, tenga en cuenta lo siguiente:

1. El distrito escolar no puede exigir a usted inscribirse en Medicaid de Louisiana para que su hijo(a) reciba los servicios de educación especial y/o servicios relacionados con la salud a los que tiene derecho su hijo(a).
2. El distrito escolar no puede exigir a usted pagar nada relacionado con el costo de los servicios de educación especial y/o servicios relacionados con la salud de su hijo(a).
3. Si usted da permiso al distrito escolar para compartir información con, y solicitar reembolso de Medicaid Louisiana:
	1. Esto no afectará la cobertura vitalicia de su hijo(a) u otro Medicaid de Louisiana; y esto en modo alguno limitará el uso por parte de su propia familia de los beneficios de Medicaid de Louisiana fuera de la escuela.
	2. Su permiso no afectará los servicios de educación especial de su hijo(a) o derechos IEP en modo alguno, si su hijo(a) es elegible para recibirlos.
	3. Su permiso no conducirá a ningunos cambios en los derechos de su hijo(a) respecto a Medicaid de Louisiana; y
	4. Su permiso no conducirá a ningún riesgo de perder elegibilidad para otros programas financiados por Medicaid.
4. Si usted da permiso, usted tendrá el derecho de cambiar de parecer y retirar su permiso en cualquier momento.
5. Si usted retira su permiso o se niega a permitir que el distrito escolar comparta los registros e información de su hijo(a) con Medicaid de Louisiana para el propósito de buscar reembolso por el costo de los servicios, el distrito escolar seguirá siendo responsable de proporcionar a su hijo(a) los servicios sin costo para usted.

Por favor, contacte con el distrito si tiene preguntas.