

# CLEVELAND METROPOLITAN SCHOOL DISTRICT

## PARENT CONSENT TO SHARE INFORMATION & ACCESS PUBLIC BENEFITS

### STUDENT

Student's Name

Date of Birth

School Name

Ohio School Districts have the opportunity to receive Federal Medicaid dollars through a program called the Ohio Medicaid School Program (OMSP). *Through this important program, all Ohio school districts can receive critically necessary Medicaid dollars to help support the special education type services provided to its students, such as Speech/Language, Audiology, Physical Therapy, Occupational Therapy, Nursing, Psychology, Counseling and Social Work.*

In the process of billing Medicaid for these services, a limited amount of billing information must be shared with the Ohio Department of Medicaid. To do so, we must obtain a one-time/life signed Parental Consent to share the following NON-MEDICAL information:

- Your child's name, Medicaid recipient number, and birth date
- Service code (numerical code that identifies the service(s) provided)
- Service time spent with your child ( number of minutes)

Your consent is voluntary. You have the right under Federal Medicaid Regulations (34 CFR Part 99 and Part 300) to withdraw your consent at any time. *You are not ever required to enroll in Medicaid for your child to receive special education services in this or any other Ohio Public School District. No matter whether you grant, refuse or revoke consent, your child will be provided with an evaluation and/or the services listed in their IEP, AT NO COST to your family.* The School District's Medicaid billing process will not require you to incur any out-of-pocket expenses such as deductible or co-pay, decrease lifetime coverage, increase premiums or lead to the discontinuation of benefits, or result in you paying for services that would otherwise be covered by Medicaid.

I understand and agree to give permission to share my child's IEP records in order to access Medicaid.

I do not give my permission to share my child's IEP records in order for the School District to receive Medicaid funding.

Parent /Guardian Printed Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*If you have any questions or concerns contact the District's Medicaid Specialist Phyllis Williams at (216)838-0208*

# DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE CLEVELAND

## CONSENTIMIENTO DE PADRES PARA COMPARTIR Y ACCEDER INFORMACIÓN DE BENEFICIOS PÚBLICOS

### Estudiante

Nombre de estudiante

Fecha de Nacimiento

Nombre de la Escuela

Los distritos escolares de Ohio tienen la oportunidad de recibir dólares federales de Medicaid a través de un programa llamado Programa Escolar de Medicaid Ohio (OMSP por sus siglas en inglés). *A través de este importante programa todos los distritos escolares de Ohio pueden recibir los dólares de Medicaid necesarios para ayudar a apoyar los servicios proporcionados a los estudiantes de educación especial, tales como: terapia del habla/lenguaje, Audiología, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Enfermería, Psicología, Consejería and Trabajo Social.*

En el proceso de facturar Medicaid por estos servicios, una cantidad limitada de información de facturación debe ser compartida con el Departamento de Medicaid. Para ello, debemos obtener consentimiento paterno firmado una sola vez/por vida para compartir la siguiente información **NO MÉDICA**:

- El nombre de su hijo(a), número de beneficiario de Medicaid y fecha de nacimiento
- Código de servicio (código numérico que identifica el (los) servicio(s) proporcionado(s))
- Tiempo de servicio con su hijo ( número de minutos)

Su consentimiento es voluntario. Usted tiene el derecho bajo las Regulaciones Federales de Medicaid (34 CFR Parte 99 y Parte 300) de retirar su consentimiento en cualquier momento. *No se le requiere que se inscriba en Medicaid para que su hijo reciba servicios de educación especial en este o cualquier otro distrito escolar público de Ohio. No importa que usted otorgue, rechace o revoque el consentimiento, a su hijo(a) se le proporcionará una evaluación y/o los servicios enumerados en su PEI, SIN NINGÚN TIPO DE COSTO a su familia.* El proceso de facturación a Medicaid del distrito no requerirá que usted incurra en gastos como deducible, que disminuya la cobertura de por vida, aumente las primas, conduzca a la discontinuación de los beneficios o resulte en el pago que de lo contrario sería cubierto por Medicaid.

Comprendo y estoy de acuerdo en dar permiso a compartir los registros del PEI de mi hijo(a) para así poder acceder al Medicaid.

No doy permiso a compartir los registros del PEI de mi hijo(a) para que el distrito escolar reciba fondos del Medicaid.

Padre y/o tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre y/o Tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con la especialista en Medicaid del distrito Phyllis Williams al (216)838-0208*