

# Notificação dos pais sobre consentimento ao Distrito Escolar de Massachusetts para acesso único aos benefícios MassHealth (Medicaid)

Nome e código do distrito escolar: **Woburn Public Schools 0347**

Contato na escola/distrito: **Michael R. Baldassarre, Ed.D. [mbaldassarre@woburnps.com](mailto:mbaldassarre@woburnps.com) 781-937-8233**

Prezado pai/mãe/guardião(ã):

O objetivo desta carta é solicitar sua permissão (ou consentimento) para compartilhar informações, sobre o(a) seu/sua filho(a), com o MassHealth. As comunidades locais de Massachusetts receberam aprovação para recebimento de reembolso parcial do MassHealth, pelo custo de certos serviços relativos à saúde, oferecidos pelo distrito ao(à) seu/sua filho(a). Para que a nossa comunidade possa receber o reembolso parcial do dinheiro gasto nos serviços, o distrito escolar precisa compartilhar os seguintes tipos de informação, sobre seu/sua filho(a), com o MassHealth: nome; data de nascimento; sexo; tipo de serviços fornecidos, quando e por quem; e o número de registro no MassHealth.

Com o seu consentimento, o distrito escolar poderá solicitar, ao MassHealth, o reembolso parcial pelos serviços fornecidos, incluindo, além de outros: teste auditivo ou exame oftalmológico; exame físico escolar anual; terapia ocupacional ou de fala; algumas das consultas com a enfermeira da escola; e os serviços de aconselhamento com o(a) assistente social ou psicólogo(a) da escola. A cada ano, o distrito enviará a você uma notificação sobre o seu consentimento. Você não precisará assinar um formulário a cada ano.

O distrito escolar não pode compartilhar informações sobre o(a) seu/sua filho(a) com o MassHealth, sem a sua permissão. Enquanto você toma a decisão de conceder a permissão, por favor, tome conhecimento do seguinte:

1. O distrito escolar não pode exigir sua inscrição no MassHealth como condição para que seu/sua filho(a) receba os serviços relativos à saúde e/ou educação especial, aos quais seu/sua filho(a) tem direito.
2. O distrito escolar não pode exigir que você faça nenhum pagamento dos custos dos serviços relativos à saúde e/ou educação especial. Isso significa que o distrito escolar não pode exigir que você faça o copagamento ou o pagamento do dedutível, com fins de cobrar o MassHealth pelos serviços prestados. O distrito escolar pode concordar em pagar o copagamento ou o dedutível, caso um desses custos seja esperado.
3. Caso você conceda permissão ao distrito escolar para compartilhar informações e solicitar reembolsos do MassHealth:
  - a. Isso não afetará a disponibilidade de cobertura por vida, bem como nenhum outro benefício do MassHealth para seu/sua filho(a); isso também não limitará, de modo nenhum, o direito que a sua própria família tem de utilizar os benefícios do MassHealth fora da escola.
  - b. O seu consentimento não afetará os direitos aos serviços de educação especial ou ao programa de educação individualizada (IEP) do(a) seu/sua filho(a), de modo nenhum, caso seu/sua filho(a) seja elegível para os mesmos.
  - c. O seu consentimento não resultará em nenhuma alteração de direitos do(a) seu/sua filho(a) em relação ao MassHealth, e;
  - d. O seu consentimento não resultará em nenhum risco de perda de elegibilidade para outros programas financiados pelo Medicaid ou MassHealth.
4. Caso conceda permissão, você tem o direito de mudar sua decisão e revogar a permissão a qualquer tempo.
5. Caso revogue sua permissão, ou se recuse a autorizar que o distrito escolar compartilhe os registros e informações do(a) seu/sua filho(a) com o MassHealth, com fins de solicitar reembolso de custo de serviços, o distrito escolar continuará a ser o responsável pelo fornecimento dos serviços ao(à) seu/sua filho/filha sem nenhum custo para você.

**Eu li e entendi a notificação. Todas as perguntas que eu tinha foram respondidas. Eu concedo permissão ao distrito escolar para compartilhar, com o MassHealth, os registros e informações sobre meu(s)/minha(s) filho(s)/filha(s) e os serviços relativos a saúde que recebe(m), conforme necessário. Eu entendo que isso auxiliará nossa comunidade a receber reembolso parcial pelos serviços cobertos pelo MassHealth.**

Assinatura do pai/mãe/guardião(ã): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome do(a) estudante:	Data de nascimento:	*SASID # (inserido pelo distrito):
Nome do(a) estudante:	Data de nascimento:	*SASID # (inserido pelo distrito):
Nome do(a) estudante:	Data de nascimento:	*SASID # (inserido pelo distrito):

Adicionar estudante

\*Registro estadual do(a) estudante (SASID)