

PERMISSION FOR USE OF MEDI-CAL INSURANCE

Ventura County Special Education Local Plan Area (SELPA)

34 CFR 300.154 (d) (2) (i)-(iii)

Date _____

Student _____

DOB _____

District _____

Dear Parent:

The federal Medicaid program allows school districts and county offices of education to apply for reimbursement for certain health-related services which are provided to eligible children within the school environment. In California, school districts are able to access "Medi-Cal" benefits. Any income from this program is used by the district to offset costs of providing special education related services. The school district must get your permission before it can access your public benefits.

It will not affect your child's individual benefits, and there will be NO cost incurred by you.

You may withdraw your permission for the district to access Medi-Cal funds at any time. Withdrawing consent will not affect your child's special education services in any way. See "Use of Medicaid/Medi-Cal Public Benefits" section of the *Parent and Adult Student Rights and Procedural Safeguards for Special Education (Full Version)* available at www.vcselpa.org (For Families, Special Education Parent Rights) for more information about this program.

Permission is given for the type and amount of services specified in the current IEP. For more information about the school district Medi-Cal program, please contact the district Special Education Director or Coordinator.

I do do not give permission to the school district to bill the LEA Medi-Cal Billing Option Program and/or Targeted Case Management for health related services provided to my son/daughter. Permission is given for any assessments conducted as well as any services specified in my child's current IEP, until revoked by me in writing. I understand if the type or amount of services change, I must give permission again.

Signature

Date

PERMISO PARA EL USO DE SEGURO DE MEDI-CAL

ÁREA DEL PLAN LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL CONDADO DE VENTURA (SELPA)
34 CFR 300.154 (d) (2) (i)-(iii)

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

F.d.N. _____

Distrito _____

Estimado Padre:

El programa federal de Medicaid permite que los distritos escolares y Secretarías de Educación del condado soliciten para el reembolso de ciertos servicios relacionados a la salud que son prestados en el ambiente escolar a niños elegibles. En California, los distritos escolares pueden acceder los beneficios de "Medi-Cal". Cualquier ingreso de este programa es usado por el distrito para compensar los costos de proveer los servicios relacionados de la educación especial. El distrito escolar deberá de obtener su consentimiento antes de que pueda acceder a sus beneficios públicos. **No afectará los beneficios individuales de su hijo/a, y NO habrá gastos de su parte.**

Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento para que el distrito acceda a los fondos del Medi-Cal. Retirar su consentimiento no afectará los servicios de educación especial de su hijo de ninguna manera. Consulte "Uso de los Beneficios Públicos del Medicaid/Medi-Cal" sección de los *Derechos de los Padres y Estudiantes Adultos y Procedimientos de Protección para la Educación Especial (versión completa)* disponible en el www.vcselpa.org (Para Familias, Derechos de los Padres de la Educación Especial) para obtener más información sobre este programa.

Se concede permiso para el tipo y cantidad de los servicios especificados en el IEP actual. Para más información sobre el programa de Medi-Cal del distrito escolar, favor de ponerse en contacto con el director o coordinador de la educación especial del distrito.

Yo doy no doy permiso al distrito escolar para cobrar al programa de Opción De Cobro del LEA Medi-Cal y/o Administración de Casos Específicos por los servicios de salud prestados a mi hijo/a. Concedo permiso para cualquier evaluación realizada así como cualquier servicio especificado en el EIP actual de mi hijo/a, hasta que yo lo revoque, por escrito. Entiendo que si el tipo o la cantidad de los servicios cambian, debo de dar permiso otra vez.

Firma

Fecha