



**CONTRA COSTA**  
**SPECIAL EDUCATION LOCAL PLAN AREA**

2520 Stanwell Drive, Suite 270, Concord, California 94520  
(925) 827-0949

FAX: (925) 825-1124

**CONSENTIMIENTO PARA FACTURAR CALIFORNIA MEDI-CAL Y  
CONSENTIMIENTO PARA COMUNICAR O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN  
PARA LA EDUCACIÓN ESPECIAL RELACIONADA CON  
LA SALUD Y SERVICIOS RELACIONADOS**

A través de la Opción de Facturación Agencia Educativa Local de Medi-Cal (LEA) de esta LEA puede presentar reclamaciones a California Medi-Cal por los servicios cubiertos prestados a Medi-Cal elegible niños inscritos en programas de educación especial. El programa LEA Medi-Cal es una manera para que los distritos escolares y/o Oficinas del Condados de Educación (COE) pueda recibir fondos federales para ayudar a pagar la educación especial relacionada con la salud y servicios relacionados.

Usted necesita saber que:

- Usted puede negarse a firmar este formulario de consentimiento.
- La información sobre su hijo y su familia es estrictamente confidencial.
- Sus derechos se conservan bajo el Título 34 del Código de Regulaciones Federales 300.154; Derechos de Familia Educativa Acta de Privacidad de 1974, Título 20 del Código de Estados Unidos, Sección 1232 (g) del Título 34 del Código de Regulaciones Federales, Sección 99.
- Este consentimiento es válido por un año, a menos que usted retire su consentimiento antes de ese momento. Puede ser renovado anualmente en la reunión del IEP.

Su consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. Si usted revoca su consentimiento, la revocación no es retroactiva (es decir, no niega ninguna facturación que ocurrió después de haberse dado el consentimiento y antes de que fuera revocado).

Su consentimiento **no dará** lugar a la denegación o limitación de los servicios basados en la comunidad prestados fuera de la escuela. Si usted se niega a dar su consentimiento para que el distrito escolar y/o COE acceso a California Medi-Cal para pagar la educación relacionada con la salud especial y/o servicios relacionados, este distrito escolar y/o COE aún debe asegurarse de que toda la educación especial requerida y servicios relacionados se ofrecen sin costo para usted.

Para los servicios relacionados necesarios para proporcionar FAPE a un estudiante elegible, el LEA:

- **pueden no** requerir padres para inscribirse en los beneficios públicos o programas de seguro (Medi-Cal) para que su hijo reciba FAPE bajo la Parte B de IDEA (34 CFR 300.154 [d] [2] [i]).
- **pueden no** requerir que los padres incurran en un gasto de bolsillo, tales como el pago de deducible o copago incurrido en la presentación de una reclamación por servicios y reembolso a través de Medi-Cal (34 CFR 300.154 [d] [2] [ii]).
- **pueden no** usar los beneficios de un estudiante de Medi-Cal si ese uso haría:
  - ✓ disminuir la cobertura de por vida disponible o cualquier otro beneficio asegurado.

**MEMBER DISTRICTS**

Acalanes Union High School District  
Antioch Unified School District  
Brentwood Union School District  
Byron Union School District

Canyon Elementary School District  
John Swett Unified School District  
Knightsen Elementary School District  
Lafayette School District

Liberty Union High School District  
Martinez Unified School District  
Moraga School District  
Oakley Union Elementary School District  
Pittsburg Unified School District  
Orinda Union School District  
Walnut Creek School District

- ✓ resultado que la familia pague por servicios que de otra manera estarían cubiertos por los beneficios públicos o de seguros (Medi-Cal) y son necesarios para que el niño fuera del tiempo que el niño está en la escuela.
- ✓ aumentar las primas o dar lugar a la suspensión de beneficios públicos o de seguros
- ✓ riesgo de pérdida de la elegibilidad para la exención del hogar y en la comunidad, sobre la base de los gastos relacionados con la salud agregados (34 CFR 300.154 [d] [2] [iii] [A-D]).

**Consentimiento de los Padres:**

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ LEA/COE para revelar a los sistemas de facturación médica, Inc. (MBS, Inc.) la siguiente información: (1) el nombre de mi hijo; (2) la fecha de nacimiento; (3) el sexo; y (4) su IEP designado de servicio(s) (incluyendo el tipo de servicio(s), el número de servicios previstas, la fecha de servicio(s), y el nombre del proveedor (s)). La información puede ser divulgada con el único propósito de tramitar las solicitudes para el programa de Medi-Cal para el reembolso por estos servicios.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre / Guardián / Estudiante Adulto

**MEMBER DISTRICTS**

Acalanes Union High School District  
 Antioch Unified School District  
 Brentwood Union School District  
 Byron Union School District

Canyon Elementary School District  
 John Swett Unified School District  
 Knightsen Elementary School District  
 Lafayette School District

Liberty Union High School District  
 Martinez Unified School District  
 Moraga School District  
 Oakley Union Elementary School District

Orinda Union School District  
 Pittsburg Unified School District  
 Walnut Creek School District