



STATE OF HAWAII
DEPARTMENT OF EDUCATION
P.O. BOX 2360
HONOLULU, HAWAII 96804

OFFICE OF THE SUPERINTENDENT

11 de agosto de 2018

Estimado(s) padre(s)/tutor(es):

Se solicita su asistencia para garantizar que el Departamento de Educación del Estado de Hawai maximice los recursos disponibles en la prestación de servicios de educación especial para todos los estudiantes elegibles. Para los niños que son elegibles para recibir asistencia médica a través de Med-QUEST, el programa estatal de Medicaid, el Departamento podría solicitar un reembolso federal parcial correspondiente a muchos servicios relacionados con la salud que son necesarios desde el punto de vista médico y desde el punto de vista educativo a través del Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) de su hijo(a). Estos servicios han sido diseñados para permitir que un estudiante con una discapacidad reciba y se beneficie de una Educación Pública Adecuada Gratuita (FAPE, por sus siglas en inglés).

Para que el Departamento pueda presentar dichas reclamaciones a Med-QUEST, primero debe obtener el consentimiento de los padres para compartir la información de identificación personal incluida en el IEP de su hijo(a) con Med-QUEST. Toda la información que se proporciona a Med-QUEST con respecto a su hijo(a) es estrictamente confidencial. Con el consentimiento firmado de los padres, se conservan estrictamente los siguientes derechos:

1. el Departamento no requerirá que el estudiante se inscriba en Med-QUEST para recibir una Educación Pública Adecuada Gratuita (FAPE);
2. el/los padre(s)/tutor(es) no incurrirá(n) en ningún desembolso, por ejemplo un deducible o un copago;
3. su consentimiento no resultará en ningún requisito para que un/los padre(s)/tutor(es) paguen por los servicios que de otra manera estarían cubiertos por Med-QUEST porque su hijo(a) pudiera requerir de dichos servicios fuera del horario escolar;
4. su consentimiento no disminuirá la cobertura de por vida disponible ni ningún otro beneficio asegurado;
5. su consentimiento no aumentará las primas ni dará lugar a una suspensión de beneficios ni del seguro; y
6. su consentimiento no correrá riesgo de perder la elegibilidad para exenciones basadas en el hogar y la comunidad sobre gastos totales relacionados con la salud.

Padre(s)/Guardián(es)
7 de agosto de 2018
Página 2

Al dar su consentimiento, permitirá que el Departamento tenga acceso al seguro Med-QUEST para recuperar una parte de los costos de proporcionar servicios de salud relacionados el IEP a su hijo(a) que sean médica y educativamente necesarios. Si desea permitir que el Departamento solicite un reembolso parcial por los servicios prestados a su hijo, por favor complete el formulario adjunto.

Usted conserva su derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento. El retiro de su consentimiento no exime al Departamento de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos sean brindados sin costo alguno para usted de acuerdo con los requisitos estatales y federales de educación especial.

Gracias por su participación en el Department of Education's School-Based Medicaid Claiming Program. (Programa de Reclamación de Medicaid basado en la escuela del Departamento de Educación).

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el Health Care Contracts and Reimbursement Program (Programa de Reembolso y Contratos de Atención Médica) al (808) 305-9750.

Atentamente



Dr. Christina M. Kishimoto
Súperintendente

CMK: adjuntos