One-Time Parental Consent to Access Public Benefits and Release Personally Identifiable Information to New Mexico Medicaid Program

LEA/REC/SFEA Name: [Insert LEA/REC/SFEA name]

Child's Name (Last, First, Middle): DOB:

Schools in New Mexico have been approved to receive partial reimbursement for the cost of certain health-related services provided by the LEA/REC/SFEA to your child. LEAs/RECs/SFEAs need to share certain types of information about your child with Medicaid to seek reimbursement. This includes details such as: their name, date of birth, types of services provided, when, and by whom, treatment code, and Medicaid ID.

With your permission, the LEA/REC/SFEA may be able to seek partial reimbursement for health-related services including, among others, hearing and/or vision screenings, audiology services, occupational or speech or physical therapy, behavioral health services, nutritional assessment and counseling, case management, nursing services, and transportation services, when the services are identified as medically necessary by a qualified health provider and referenced in an approved plan of care.

Please be advised of the following:

- The LEA/REC/SFEA **cannot** require you to sign up for Medicaid for your child to receive the health-related service(s) to which they are entitled.
- The LEA/REC/SFEA **cannot** require you to pay anything towards the cost of your child's health related service(s). This means that you cannot be charged a co-pay or deductible.
- Your permission to use your or your child's public benefit would **not** impact their outside Medicaid benefits as this is separate Medicaid funding.; **nor** would it risk loss of eligibility for home and community-based waivers based on aggregate health related expenditures.
- **Consent is voluntary**. If you give permission, you have the right to revoke consent at any time.
- If you refuse or withdraw your permission, the LEA/REC/SFEA will continue to be responsible for providing your child with required services at **no cost to you**;
    - If you revoke consent, the revocation is **not** retroactive, which means that it does not undo any verification or billing that has already taken place, but it will stop any future verification and/or billing.
- I understand that New Mexico law does **not** require parental consent for treatment for: behavioral health services to minors age 14 years or older (see NMSA 32A-6A-15) and minors under the age of 14 for initial assessment and/or early intervention services, limited to verbal therapy, not to exceed a two-week period (see NMSA 32A-6A-14).

If your child has an Individualized Education Plan (IEP), New Mexico LEAs/RECs/SFEAs may bill Medicaid for health/health-related services documented in the child's IEP. In order to bill Medicaid, parent(s)/guardian(s) must be fully informed of these IEP services, including frequency and duration. The LEA/REC/SFEA must provide written notification to the child's parent(s)/guardian(s) before accessing a parent's or child's public benefit (Medicaid) for the first time. The LEA/REC/SFEA will provide parent(s)/guardian(s) with an annual written notification thereafter. Parent(s)/guardian(s) do not need to sign a form every year, as LEAs/RECs/SFEAs only need parental consent once. **I have been fully informed of all services listed in their IEP. I give the LEA/REC/SFEA permission to release my child's information, described in the first paragraph, to their primary care provider or clinic.**

_____ I acknowledge that I have read the notice and understand it. I give permission for use of my or my child's public benefits (Medicaid) to be accessed to pay for necessary services. I give permission for the LEA/REC/SFEA to share with the New Mexico Medicaid program records and information regarding my child and their health-related services, as necessary, to request partial reimbursement and;

I give permission for my child to receive health-related services while enrolled in this LEA/REC/SFEA. I give permission for the LEA/REC/SFEA to exchange pertinent information to appropriate persons, including school nurses and counselors, for the purpose of providing healthcare, diagnosis, treatment, and counseling services, as well as for maintaining quality and safety. I understand that LEA/REC/SFEA health records are confidential and will not be shared publicly without appropriate consent or exception pursuant to FERPA or HIPAA, as applicable.

_____* my child is not Medicaid Eligible

Parent/Guardian Name: *Parent/Guardian Signature:

Primary Care Provider/Clinic: Date:

*Electronic signature accepted

School Official Use Only: IEP ☐ IEP Date _____ NON-IEP ☐

Medicaid ID/School ID: _____

Consentimiento de los padres por única vez para acceder a los beneficios públicos y divulgar información de identificación personal al programa Medicaid de Nuevo México

Nombre de LEA/REC/SFEA: [Insertar nombre de LEA/REC/SFEA]

Nombre del niño(a) (Apellido, Nombre, Segundo nombre): **Fecha de Nacimiento:**

Las escuelas en Nuevo México han sido aprobadas para recibir un reembolso parcial por el costo de ciertos servicios relacionados con la salud proporcionados por Agencia de educación Local/Cooperativa Regional de Educación/Agencia Educativa Financiada por el Estado (LEA/REC/SFEA) a su hijo(a). Las LEA/REC/SFEA deben compartir ciertos tipos de información sobre su hijo(a) con Medicaid para solicitar el reembolso; como: su nombre, fecha de nacimiento, tipos de servicios proporcionados, cuándo y por quién, código de tratamiento e identificación de Medicaid.

Con su permiso, LEA/REC/SFEA puede solicitar un reembolso parcial por servicios relacionados con la salud, incluidos, entre otros, exámenes de audición y/o visión, servicios de audiología, terapia ocupacional o del habla o física, servicios de salud del comportamiento, evaluación nutricional y asesoramiento, administración de casos, servicios de enfermería y servicios de transporte, cuando los servicios son identificados como médicamente necesarios por un proveedor de salud calificado y se mencionan en un plan de atención aprobado.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- LEA/REC/SFEA **no puede** exigirle que se inscriba en Medicaid para que su hijo(a) reciba los servicios relacionados con la salud a los que tiene derecho.
- LEA/REC/SFEA **no puede** exigirle que pague nada por el costo de los servicios relacionados con la salud de su hijo(a). Esto significa que no se le puede cobrar un copago o deducible.
- Su permiso para usar su beneficio público o el de su hijo(a) **no** disminuiría su cobertura de por vida ni ningún otro beneficio asegurado; **no** correría el riesgo de perder la elegibilidad para las exenciones basadas en el hogar y la comunidad en función de los gastos agregados relacionados con la salud.
- **El consentimiento es voluntario**. Si das permiso, tienes derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento.
- Si rechaza o retira su permiso, la LEA/REC/SFEA seguirá siendo responsable de brindarle a su hijo(a) los servicios requeridos **sin costo alguno para usted**;
    - Si revoca el consentimiento, la revocación no es retroactiva, lo que significa que no deshace ninguna verificación o facturación que ya haya tenido lugar, pero detendrá cualquier verificación y / o facturación futura.
- Entiendo que la ley de Nuevo México **no** requiere el consentimiento de los padres para el tratamiento de: servicios de salud conductual para menores de 14 años o más (ver NMSA 32A-6A-15) y menores de 14 años para evaluación inicial y/o servicios de intervención temprana, limitado a terapia verbal, que no exceda un período de dos semanas (ver NMSA 32A-6A-14).

Si su hijo(a) tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP), las LEA/REC/SFEA de Nuevo México pueden facturar a Medicaid por los servicios de salud /relacionados con la salud documentados en el IEP del niño. Para facturar a Medicaid, los padres/tutores deben estar plenamente informados sobre estos servicios del IEP, incluida la frecuencia y la duración. LEA/REC/SFEA debe proporcionar una notificación por escrito a los padres/tutores del niño antes de acceder al beneficio público (Medicaid) de un padre o niño(a) por primera vez. LEA/REC/SFEA proporcionará a los padres/tutores una notificación anual por escrito a partir de entonces. Los padres/tutores no necesitan firmar un formulario todos los años, ya que las LEA/REC/SFEA solo necesitan el consentimiento de los padres una vez. **He sido completamente informado de todos los servicios enumerados en el IEP. Doy permiso a LEA/REC/SFEA para divulgar la información de mi hijo(a), descrita en el primer párrafo, a su proveedor de atención primaria o clínica.**

_____***** Reconozco que he leído el aviso y lo entiendo **Reconozco que he leído el aviso y lo entiendo. Doy permiso para el uso de mis beneficios públicos o los de mi hijo(a) (Medicaid) acceder para pagar los servicios necesarios. Doy permiso para que LEA/REC/SFEA comparta con el programa Medicaid de Nuevo México los registros y la información sobre mi hijo(a) y sus servicios relacionados con la salud, según sea necesario, para solicitar un reembolso parcial;**

Doy permiso para que mi hijo(a) reciba servicios relacionados con la salud mientras esté inscrito en este LEA/REC/SFEA. **Doy permiso para que LEA/REC/SFEA intercambie información pertinente con las personas apropiadas, incluidas las enfermeras escolares y los consejeros, con el fin de brindar servicios de atención médica, diagnóstico, tratamiento y asesoramiento, así como para mantener la calidad y la seguridad. Entiendo que LEA/REC/SFEA son confidenciales y no se compartirán públicamente sin el consentimiento apropiado o excepción de conformidad con FERPA o HIPAA, según corresponda.**
_____ ***** Mi hijo no es elegible para Medicaid

Nombre del padre/tutor: ***Firma del padre/tutor:**

Proveedor de atención primaria/clínica: **Fecha:**

*Se acepta la firma electrónica

Solo para uso oficial de la escuela: IEP ☐ Fecha del IEP _____
ID de Medicaid/ID de la escuela: _____