



DEMANDE D'AUTORISATION POUR OBTENIR DES REMBOURSEMENTS DE *MEDICAID*

Alors que nous nous efforçons de fournir services et prestations à votre enfant, le Département de l'Éducation (DOE) vous écrit pour solliciter votre assistance. Nos établissements scolaires ont la possibilité de recevoir des fonds supplémentaires pour certains des appuis et dispositifs offerts aux élèves titulaires, comme votre enfant, d'un Plan d'éducation personnalisé (individualized education plan - IEP). Pour qu'ils aient droit à ces fonds, il nous faut votre consentement à (1) accéder aux données personnelles, relatives aux évaluations des besoins en éducation spécialisée de votre enfant, aux programmes, à l'accompagnement et au soutien qui lui sont offerts, tirés de son dossier d'éducation spécialisée et les transmettre aux services de Medicaid fédéraux et de l'État (2) avoir accès aux prestations de Medicaid de votre enfant pour couvrir le coût de ces services. Veuillez consulter les informations données ci-dessous, remplir le formulaire ci-joint et le retourner à l'établissement scolaire de votre enfant.

Merci de nous aider à garantir à nos établissements scolaires publics la couverture financière maximale de ces appuis cruciaux fournis à nos élèves.

--

Pourquoi me demande-t-on de signer ce formulaire d'autorisation ?

Le Département de l'Éducation de la Ville de New York (NYC DOE) utilise les fonds versés au titre de Medicaid pour aider à financer une partie des services d'éducation spécialisée dispensés aux élèves. Avec votre autorisation, le NYC DOE peut faire des demandes de remboursement des frais engendrés par les évaluations de votre enfant et services qui lui sont fournis. Vous n'avez pas à souscrire votre enfant à l'assurance Medicaid pour qu'il reçoive les services prescrits par son IEP.

Quelles données sur mon enfant seront transmises aux services, fédéraux et de l'État, chargés des programmes Medicaid ?

Le NYC DOE communiquera des données personnelles relatives aux évaluations et aux services d'éducation spécialisée dispensés à votre enfant. Il pourra s'agir de son IEP, des lettres et bulletins sur ses progrès, de l'historique de ses absences et retards, de ses évaluations et d'autres pièces de son dossier sur les diagnostics effectués et services qui lui sont offerts.

Y a-t-il des frais pour ma famille ou moi ?

Votre famille et vous n'aurez rien à payer. Aucune dépense, prime, aucun coût ou aucune participation au coût ne sera à votre charge pour la prestation de ces services. Les services dispensés à votre enfant au sein de l'école ou ailleurs ne seront nullement affectés. Si votre famille bénéficie des prestations de Medicaid, on n'annulera pas votre couverture d'assurance, vous ne subirez aucune annulation ou réduction de la durée de la couverture à vie que vous avez actuellement, et on ne touchera en rien les services qui vous sont fournis du fait de l'accès du NYC DOE aux prestations de Medicaid. Vous n'aurez pas à souscrire votre enfant à l'assurance Medicaid, ni y faire une demande de prestations en son nom, pour qu'il reçoive les services prescrits par son IEP. Vous ne mettez pas en danger votre droit, si vous l'avez, aux services à domicile et dans les organismes locaux (home and community based waivers). Ce droit dépend de vos dépenses totales de santé.

Puis-je revenir sur ma décision d'autoriser le NYC DOE à accéder aux données sur mon enfant et faire des demandes de remboursement auprès des services de Medicaid ? Si je ne donne pas mon autorisation, quelles en seront les conséquences ?

Vous pouvez revenir sur votre autorisation à tout moment. Pour ce faire, remplissez un nouveau formulaire et envoyez-le à l'école de votre enfant. Le NYC DOE doit quand même fournir des appuis et dispositifs d'éducation spécialisée à votre enfant sans frais même si vous n'y consentez pas ou vous revenez plus tard sur votre décision d'y consentir.



AUTORISATION À DIVULGUER DES DONNÉES
POUR OBTENIR DES REMBOURSEMENTS DE *MEDICAID*

<<Student's last name>>

Exemple

<<NYC student ID>>

Choisissez une des affirmations ci-dessous, datez et signez le formulaire puis retournez-le à l'établissement scolaire de votre enfant.

- Oui, je suis conscient(e) et j'accepte que le Département de l'Éducation de la Ville de New York (NYC DOE) accède au dossier d'éducation spécialisée de mon enfant, susceptible de contenir son Programme d'éducation personnalisé (Individualized Education Program - IEP), les lettres et bulletins sur ses progrès, le relevé de ses absences et retards, les évaluations dont il(elle) a fait l'objet ainsi que d'autres pièces qui y sont relatives et des documents sur les appuis et l'encadrement qu'on lui fournit ou pourraient l'être. J'ai bien compris, et donne aussi mon accord pour, que ces données personnelles soient transmises aux services fédéraux et de l'État chargés du programme *Medicaid* si elles sont nécessaires pour faire une demande de remboursement à *Medicaid*. Afin de payer l'encadrement et les appuis d'éducation spécialisée mis en place en vertu de l'IEP de mon enfant, je consens à ce que le NYC DOE puisse obtenir des prestations de *Medicaid* versées pour mon enfant.

SIGNATURE DE LA MÈRE/DU PÈRE OU TUTEUR

Exemple J/AA

- Non, je ne donne pas ma permission au Département de l'Éducation de la Ville de New York (NYC DOE) d'accéder au dossier d'éducation spécialisée de mon enfant pour demander des remboursements auprès de *Medicaid* pour les appuis et dispositifs d'éducation spécialisée mis en place pour mon enfant.

SIGNATURE DE LA MÈRE/DU PÈRE OU TUTEUR

DATE (MM/JJ/AA)