

**SOUTH ORANGE COUNTY  
SPECIAL EDUCATION LOCAL PLAN AREA  
Saddleback Valley and Laguna Beach Unified School Districts**

**Written Notification of Parental Rights Regarding Use of Public Benefits or Insurance**

This notice is provided to you as parents, legal guardians, surrogate parents or court appointed responsible adult, because your child is receiving special education services under the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA). The IDEA requires school districts to provide prior written notice of your rights and protections when it seeks to use your child's public benefits (i.e., Medi-Cal) or insurance to pay for special education and related services (Notice). This Notice will be given to you before the school district seeks to use your child's public benefits or insurance for the first time, and annually thereafter.

With your written consent, the school district may submit claims to your child's public benefits or insurance program, such as the California Medi-Cal program.

The school district cannot require you to sign-up for or enroll in a public benefits or insurance program in order for your child to receive a free appropriate public education (FAPE) under the IDEA. The school district cannot require you to pay out-of-pocket expenses such as the payment of a deductible or co-pay. The school district cannot use your child's benefits under a public benefits or insurance program if to do so would (1) decrease available life time coverage or any other insured benefit; (2) cause you to pay for services that would otherwise be covered because your child also requires those services outside of the school day; (3) increase premiums or lead to the discontinuation of your public benefits or insurance; or (4) cause you to risk loss of eligibility for home and community based waivers based on your total health-related expenditures. (34 CFR Section 300.154(d)(1)(2)(i)-(v) and (e).)

**You Have The Right To:**

- Voluntarily provide the school district with written consent to disclose educational records containing your child's personally identifiable information such as individual educational programs (IEP) or assessment reports to Medi-Cal, or other public benefits or insurance programs for billing purposes.
- Withdraw your consent to the disclosure of your child's personally identifiable information to Medi-Cal, or other public benefits or insurance programs **at any time** in accordance with your rights under the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA; Title 20 of the United States Code, Section 1232 (g), Title 34 Code of Federal Regulations Part 99) and the IDEA (Title 20 of the United States Code, Section 1400), Title 34 Code of Federal Regulations Part 300).
- Refuse to provide consent to the disclosure of your child's personally identifiable information to Medi-Cal, or other public benefits or insurance programs for billing purposes.
- Have your child continue to receive a FAPE **at no cost to you**, if you withdraw consent or refuse to provide consent to disclose your child's personally identifiable information to Medi-Cal, or other public benefits or insurance programs for billing purposes.

**SOUTH ORANGE COUNTY  
SPECIAL EDUCATION LOCAL PLAN AREA  
Saddleback Valley and Laguna Beach Unified School Districts**

If you withdraw your consent or refuse to provide consent for the school district to use Medi-Cal or other public benefits or insurance programs to pay for eligible special education and related services, the school district must continue to ensure that all required special education and related services are provided **at no cost to you.**

**Consent to Disclose Personally Identifiable Information**

I understand and agree that the school district may use my or my child's public benefits or insurance to pay for special education and related services under the IDEA. I further provide consent for the school district to exchange and disclose my child's personally identifiable information contained in records or information about the services that may be provided to my child to Medi-Cal for billing purposes.

# AREA SUR DEL CONDADO DE ORANGE - PLAN LOCAL PARA EDUCACION ESPECIAL

## Distrito Escolar Unificado de Saddleback Valley y Distrito Escolar Unificado de Laguna Beach

### **Notificación Escrita de los Derechos de Padres Acerca del Uso de Beneficios Públicos o Seguro**

Esta notificación es entregada a ustedes como padres, tutores legales, padres sustitutos o adulto responsable nombrado en corte, debido a que su hijo está recibiendo servicios de educación especial bajo la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA). IDEA requiere que los distritos escolares proporcionen una notificación escrita previa de sus derechos y protecciones cuando se busque usar los beneficios públicos de su hijo (por ejemplo, Medi-Cal) o seguro para pagar educación especial y servicios relacionados (Notificación). Esta notificación se le dará a usted antes de que el distrito escolar busque usar los beneficios públicos de su hijo o el seguro por primera vez, y anualmente de ahí en adelante.

Con su consentimiento escrito, el distrito escolar puede presentar reclamaciones de los beneficios públicos de su hijo o programa de seguro, como el programa de California Medi-Cal.

El distrito escolar no puede pedirle que contrate o se inscriba en ciertos beneficios públicos o programas de seguro para que su hijo pueda recibir una educación pública apropiada gratuita (FAPE) bajo IDEA. El distrito escolar no puede pedirle que usted pague de su bolsillo gastos como el pago de deducible o co-pago. El distrito escolar no puede usar los beneficios de su hijo bajo beneficios públicos o programa de seguro, si al hacerlo (1) disminuyera la cobertura disponible de por vida de o cualquier otro beneficio asegurado; (2) cause que usted tenga que pagar por servicios que de otra manera estarían cubiertos porque su hijo también requiere aquellos servicios fuera del día de clases; (3) incremente las primas o lleve a la discontinuidad de sus beneficios públicos o seguro; o (4) le cause el riesgo de perder la elegibilidad de vivienda y exenciones basadas en la comunidad en base a sus gastos totales relacionados a la salud. (34 CFR Sección 300.154(d)(1)(2)(i)-(v) y (e).)

### **Usted Tiene el Derecho de:**

- Voluntariamente proporcionar al distrito escolar un consentimiento por escrito para revelar expedientes educativos que contienen la información personal identificable de su hijo como programa educativo individual (IEP) o reportes de evaluación al Medi-Cal, u otros beneficios públicos o programas de seguros con el propósito de ser facturados.
- Retirar su consentimiento para revelar la información personal identificable de su hijo al Medi-Cal, u otros beneficios públicos o programas de seguro en **cualquier momento** de acuerdo con sus derechos bajo la Ley de Privacidad y Derechos de Educación Familiar (FERPA; Título 20 del Código de los Estados Unidos, Sección 1232 (g), Título 34 del Código de Reglamentos Federales, Parte 99) e IDEA (Título 20 del Código de los Estados Unidos, Sección 1400), Título 34 del Código de Reglamentos Federales, Parte 300).

**AREA SUR DEL CONDADO DE ORANGE - PLAN LOCAL PARA  
EDUCACION ESPECIAL**

**Distrito Escolar Unificado de Saddleback Valley y  
Distrito Escolar Unificado de Laguna Beach**

- Negarse a proporcionar su consentimiento para la revelar la información personal identificable de su hijo a Medi-Cal, u otros beneficios públicos o programas de seguros con propósito de ser facturados.
- Hacer que su hijo continúe recibiendo un FAPE **sin ningún costo para usted**, si usted retira su consentimiento o se niega a proporcionar su consentimiento para revelar la información personal identificable de su hijo a Medi-Cal, u otros beneficios públicos o programas de seguro con el propósito de ser facturado.

Si usted retira su consentimiento o se niega a proporcionar su consentimiento para que el distrito escolar use el Medi-Cal u otros beneficios públicos o programas de seguros para pagar por servicios de educación especial elegibles y servicios relacionados, el distrito escolar debe continuar asegurándose que todo lo requerido en educación especial y servicios relacionados le sean proporcionados **sin ningún costo para usted**.

**Consentimiento para Revelar Información Personal Identificable**

Yo entiendo y estoy de acuerdo que el distrito escolar puede usar los beneficios públicos de mi hijo o seguro para pagar por educación especial y servicios relacionados bajo IDEA. Además doy mi consentimiento para que el distrito escolar intercambie y revele la información personal de identificación de mi hijo/a contenida en su expediente, o información acerca de los servicios que le pudieran ser proporcionados a mi hijo/a, con Medi-Cal para propósitos de facturación.