

Ocean Academy Charter School

1650 Massachusetts Avenue, Lakewood, NJ 08701

732 987-6525

Dear Parent/Guardian,

Ocean Academy Charter School participates in New Jersey's Special Education Medicaid Initiative (SEMI). This program allows schools to receive federal Medicaid reimbursement for certain eligible services that are already being provided to students through their Individualized Education Programs (IEPs), such as speech therapy, occupational therapy, physical therapy, counseling, nursing, evaluations, and certain transportation services.

Included with this letter are important SEMI documents for your review. The SEMI Notification Form explains your rights and provides information about the program. The SEMI Parental Consent Form gives Ocean Academy permission to share the limited information necessary for the school to seek reimbursement from Medicaid for eligible services provided to your child.

Returning the signed consent form is very important. When families provide consent, Ocean Academy may receive reimbursement that helps support the special education programs and services we provide to our students.

Please know that signing the SEMI consent form:

Does not change or reduce your child's IEP services.

Does not affect your child's Medicaid benefits or ability to receive services outside of school.

Does not result in any cost to your family, including copayments or deductibles.

Does not affect your child's right to receive a free appropriate public education (FAPE).

Your child will continue to receive all services required by their IEP regardless of your decision regarding SEMI consent.

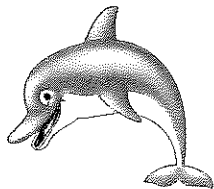
We respectfully ask that you complete, sign, and return the enclosed SEMI Parental Consent Form as soon as possible. Your participation helps Ocean Academy access available funding that can be reinvested into programs and supports for our students. **PLEASE RETURN FORMS BY 10/30/2026.**

If you have any questions about SEMI or the consent form, please contact the Special Services Department. We are happy to answer any questions you may have.

Thank you for your continued partnership and support of Ocean Academy and our students.


Sincerely,

Robert Klaslo, LCSW
Supervisor of Special Services
Ocean Academy Charter School



Ocean Academy Charter School

1650 Massachusetts Avenue, Lakewood, NJ 08701

732 987-6525

Estimado padre, madre o tutor:

Ocean Academy Charter School participa en la Iniciativa de Medicaid para la Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés) del estado de Nueva Jersey. Este programa permite que las escuelas reciban reembolsos federales de Medicaid por ciertos servicios elegibles que ya se brindan a los estudiantes a través de sus Programas de Educación Individualizados (IEP), como terapia del habla, terapia ocupacional, terapia física, consejería, servicios de enfermería, evaluaciones y ciertos servicios de transporte.

Junto con esta carta encontrará documentos importantes de SEMI para su revisión. El Formulario de Notificación de SEMI explica sus derechos y brinda información sobre el programa. El Formulario de Consentimiento de los Padres para SEMI autoriza a Ocean Academy a compartir la información limitada necesaria para solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios elegibles que recibe su hijo(a).

Es muy importante que devuelva el formulario de consentimiento firmado. Cuando las familias brindan su consentimiento, Ocean Academy puede recibir reembolsos que ayudan a apoyar los programas y servicios de educación especial que ofrecemos a nuestros estudiantes.

Por favor, tenga en cuenta que firmar el formulario de consentimiento de SEMI:

No cambia ni reduce los servicios del IEP de su hijo(a).

No afecta los beneficios de Medicaid de su hijo(a) ni su capacidad para recibir servicios fuera de la escuela.

No genera ningún costo para su familia, incluyendo copagos o deducibles.

No afecta el derecho de su hijo(a) a recibir una educación pública, gratuita y apropiada (FAPE).

Su hijo(a) continuará recibiendo todos los servicios requeridos por su IEP, independientemente de su decisión sobre el consentimiento de SEMI.

Le pedimos respetuosamente que complete, firme y devuelva el Formulario de Consentimiento de los Padres para SEMI lo antes posible. Su participación ayuda a Ocean Academy a acceder a fondos disponibles que pueden ser reinvertidos en programas y apoyos para nuestros estudiantes. **POR FAVOR, DEVUELVA LOS FORMULARIOS ANTES DEL 30/10/2026.**

Si tiene alguna pregunta sobre SEMI o sobre el formulario de consentimiento, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios Especiales. Con gusto responderemos cualquier pregunta que pueda tener.

Gracias por su continua colaboración y apoyo a Ocean Academy y a nuestros estudiantes.

Atentamente,
Robert Kiaslo, LCSW
Supervisor de Servicios Especiales
Ocean Academy Charter School

Valarie M. Smith, Lead Founder & Executive Director

Lorna Hassel, Head of School

Medicaid Annual Notification Regarding Parental Consent

Background: The State of New Jersey has participated in a Federal Program, Special Education Medicaid Initiative (SEMI), since 1994. The program assists school districts by providing partial reimbursement for medically-related services listed on a student's Individualized Educational Program (IEP).

The SEMI program is under the auspices of the New Jersey Department of the Treasury through its collaboration with the New Jersey Department of Education and New Jersey Division of Medicaid Assistance and Health Services.

In 2013, the regulations regarding Medicaid parental consent for school-based services changed. Now the regulations require that, prior to accessing a child's public benefits or insurance for the first time, and annually thereafter, school districts must provide parents/guardians written notification and obtain a one-time parental consent.

Is there a cost to you?

No. IEP services are provided to students while at school at no cost to the parent/guardian.

Will SEMI claiming impact your family's Medicaid benefits?

The SEMI program does not impact a family's Medicaid services, funds, or coverage limits. New Jersey operates the school-based services program differently than the family's Medicaid program. The SEMI program does not affect your family's Medicaid benefits in any way.

What type of services does the School-Based Services program cover?

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| ·Evaluations | ·Psychological Counseling |
| ·Speech Therapy | ·Audiology |
| ·Occupational Therapy | ·Nursing |
| ·Physical Therapy | ·Specialized Transportation |

What type of information about your child will be shared?

In order to submit claims for SEMI reimbursement, the following types of record may be required: first name, last name, middle name, address, date of birth, student ID, Medicaid ID, disability, service dates and the type of services delivered.

Who will see this information?

Information about your child's special education program may be shared with the New Jersey Division of Medicaid Assistance and Health Services and its affiliates, including the Department of the Treasury and the Department of Education for the purpose of verifying Medicaid eligibility and submitting claims.

What if you change your mind?

You have the right to withdraw consent to allow for Medicaid billing at any time by contacting the school in which your child is enrolled.

Will your consent or refusal to consent affect your child's services?

No. Your school district is still required to provide services to your child pursuant to his or her IEP, regardless of your Medicaid eligibility status or your willingness to consent for SEMI billing.

What if you have questions?

Please call your school district's Special Education department with questions or concerns, or to obtain a copy of the parental consent form.

Method of Delivery: (check one) ☐ Mailed to parent(s) ☐ Emailed to parent(s) ☐ IEP meeting ☐ Hand Delivered

Notificación Anual de Medicaid sobre el Consentimiento de los Padres

Historial: El Estado de Nueva Jersey participa desde 1994 en un programa federal, la Iniciativa de Medicaid para la Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés). El programa ayuda a los distritos escolares proporcionando un reembolso parcial por los servicios relacionados con Medicaid incluidos en el Programa de Educación Individualizado (IEP) de un estudiante.

El programa SEMI se encuentra bajo la supervisión del Departamento del Tesoro de Nueva Jersey, en colaboración con el Departamento de Educación de Nueva Jersey y la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud de Nueva Jersey.

En 2013, cambiaron las regulaciones relacionadas con el consentimiento de los padres para los servicios de Medicaid prestados en la escuela. Actualmente, las regulaciones requieren que, antes de acceder por primera vez a los beneficios públicos o al seguro de un niño, y anualmente a partir de entonces, los distritos escolares proporcionen a los padres/tutores una notificación por escrito y obtengan el consentimiento de los padres por única vez.

¿Tiene algún costo para usted?

No. Los servicios del IEP se proporcionan a los estudiantes mientras están en la escuela sin costo alguno para los padres/tutores.

¿Las reclamaciones de SEMI afectarán los beneficios de Medicaid de su familia?

El programa SEMI no afecta los servicios, fondos ni límites de cobertura de Medicaid de su familia. Nueva Jersey administra el programa de servicios prestados en la escuela de manera diferente al programa de Medicaid de su familia. El programa SEMI no afecta de ninguna manera los beneficios de Medicaid de su familia.

¿Qué tipo de servicios cubre el Programa de Servicios Prestados en la Escuela?

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| ·Evaluaciones | ·Consejería psicológica |
| ·Terapia del habla | ·Audiología |
| ·Terapia ocupacional | ·Enfermería |
| ·Terapia física | ·Transporte especializado |

¿Qué tipo de información sobre su hijo será compartida?

Para presentar reclamaciones para el reembolso de SEMI, pueden ser necesarios los siguientes tipos de información: nombre, apellido, segundo nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación del estudiante, número de identificación de Medicaid, discapacidad, fechas de los servicios y el tipo de servicios proporcionados.

¿Quién verá esta información?

La información sobre el programa de educación especial de su hijo puede compartirse con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud de Nueva Jersey y sus entidades afiliadas, incluidos el Departamento del Tesoro y el Departamento de Educación, con el propósito de verificar la elegibilidad para Medicaid y presentar reclamaciones.

¿Qué sucede si cambia de opinión?

Usted tiene derecho a retirar en cualquier momento su consentimiento para permitir la facturación a Medicaid, comunicándose con la escuela en la que está matriculado su hijo.

¿Su consentimiento o su negativa a dar consentimiento afectarán los servicios de su hijo?

No. Su distrito escolar sigue estando obligado a proporcionar servicios a su hijo de acuerdo con su IEP, independientemente de su estado de elegibilidad para Medicaid o de su disposición a dar su consentimiento para la facturación de SEMI.

¿Qué sucede si tiene preguntas?

Comuníquese con el Departamento de Educación Especial de su distrito escolar si tiene preguntas o inquietudes, o si desea obtener una copia del formulario de consentimiento de los padres.

Método de entrega: (marque uno) ☐ Enviado por correo a los padres/tutores ☐ Enviado por correo electrónico a los padres/tutores ☐ Reunión del IEP ☐ Entregado personalmente

Special Education Medicaid Initiative (SEMI) Parental Consent form for:

Formulario de consentimiento de los padres Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI)

Ocean Academy Charter School

Our school district is participating in the Special Education Medicaid Initiative (SEMI) program that allows school districts to bill Medicaid for services that are provided to students.

In accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act, 34 CFR §99.30 and Section 617 of the IDEA Part B, consent requirements in 34 CFR §300.622 require a one-time consent before accessing public benefits.

This consent establishes that your child's personally identifiable information, such as student records or information about services provided to your child, including evaluations and services **as** specified in my child's Individualized Education Program (IEP) (occupational therapy, physical therapy, speech therapy, psychological counseling, audiology, nursing and specialized transportation,) may be disclosed to Medicaid and the Department of the Treasury for the purpose of receiving Medicaid reimbursement at the school district.

As parent/guardian of the child named below, I give permission to disclose information as described above and I understand and agree that Medicaid may access my child's or my public benefits or public insurance to pay for special education or related services under Part 300 (services under the IDEA). I understand that the school district is still required to provide services to my child pursuant to his or her IEP, **regardless** of my Medicaid eligibility status or willingness to consent for SEMI billing

I understand that billing for these services by the district **does** not impact my ability to access these services for my child outside of the school setting, nor will any cost be incurred by my family including co-pays, deductibles, loss of eligibility or impact on lifetime benefits.

Child's Name: _____ Child's Date of Birth: _____

Parent/Guardian: _____ Date: _____

I give consent to bill for SEMI:

Yes ☐

No ☐

This consent can be revoked at any time by contacting your child's Case Manager, or the administrator **at** your child's school, in writing,

OCTOBER 2017

Formulario de consentimiento de los padres Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI)

Special Education Medicaid Initiative (SEMI) Parental Consent form for:

Formulario de consentimiento de los padres Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI)

Ocean Academy Charter School

Nuestro distrito escolar participa en el programa de Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), que permite a los distritos escolares facturar al programa de salud Medicaid por servicios que se proporcionan a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley federal sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), 34CFR§99.30 y la Sección 617 de la Parte B de la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) sobre requisitos de consentimiento en 34 CFR§300.622, se necesita un consentimiento único antes de poder acceder a beneficios públicos.

Este consentimiento establece que los datos personales identificables de su hijo(a), tales como su historial en la escuela o información acerca de los servicios que le son proporcionados, incluyendo las evaluaciones y los servicios especificados en el Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) que recibe su hijo(a) (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, orientación psicológica, audiología, enfermería y transporte especializado), pueden ser revelados al programa Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el distrito escolar.

Como padre o madre/tutor del o la menor nombrado(a) abajo, doy permiso para **que** se revele la información descrita anteriormente; así como entiendo y acepto que Medicaid puede tener acceso a los beneficios públicos o seguros públicos de mi hijo(a) o míos para **pagar** los servicios de educación especial o relacionados al amparo de la Parte 300 (servicios bajo IDEA). Entiendo que el distrito escolar aún necesita proporcionar servicios a mi hijo(a) de conformidad con su IEP, independientemente de mi estado de elegibilidad de Medicaid o deseo para consentir la facturación al SEMI.

Entiendo que la facturación para estos servicios por el distrito no afecta mi capacidad para acceder a estos servicios para mi hijo(a) fuera del entorno escolar, ni mi familia incurrirá en ningún costo inclusive copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad o afectará en los beneficios de por vida.

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento del niño(a): _____

Padre: _____ Fecha: _____

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI

Si ☐

No ☐

Este consentimiento puede **ser** revocado en cualquier momento, poniéndose en contacto por escrito con el coordinador del caso de su hijo(a) o con el administrador de la escuela de su hijo(a).