



PARENT CONSENT FOR TREAT

SCHOOL-BASED BEHAVIORAL HEALTH & WELLNESS

This document provides important information regarding the consent for your child to receive school-based behavioral health services through Howell Elementary School District. Please read each section carefully and provide your consent by signing at the bottom of the form.

1. Student Information

Student Legal Name (First, Last):

School:

Grade:

2. Consent for Services

I, the undersigned parent/guardian, hereby give permission for my child to receive school-based behavioral health services provided by or arranged through the NCOE. These services may include:

- Individual support or counseling
- Group support or counseling
- Family consultation, as appropriate
- Behavioral health assessment and intervention
- Crisis support and stabilization within the school setting
- Referral and coordination with other services

I understand that:

- Services are voluntary and may be discontinued at any time.
- I may withdraw this consent in writing at any time.

3. Purpose of Services

These services aim to support my child's behavioral, emotional, and/or mental health needs to improve functioning at school and in daily life.

4. Risks and Benefits (Informed Consent)

Potential Benefits:

- Improved coping skills and emotional regulation
- Increased engagement in school and relationships
- Support in addressing behavioral or mental health concerns

Potential Risks:

- Temporary emotional discomfort when discussing personal experiences
- Limits to confidentiality as required by law Services may not result in desired outcomes

5. Alternatives to Services

Participation is voluntary, and alternatives may include:

- County Health & Human services agency services
- Health insurer provided services
- Community-based behavioral health providers
- Choosing not to participate at this time

6. Limits of School-Based Services

I understand that:

- Services are provided within a school-based setting and are not 24-hour or emergency services.
- Staff may not be immediately available at all times.
- For urgent or emergency situations, other services should be accessed.

7. Crisis and Emergency Information

If my child is experiencing a mental health crisis or emergency, I should contact:

- 911 for emergencies
- 988 Suicide & Crisis Lifeline
- Local county crisis services at (707) 253-4711

8. Providers and Supervision

Services may be provided by:

- Licensed or registered behavioral health professionals
- School-employed staff within their scope of practice (ex: Certified Wellness Coach)
- Supervised trainees or interns

All services are provided under appropriate clinical supervision consistent with California law.

9. Confidentiality and Information Sharing (FERPA)

I understand that:

- My child's information is protected under the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA).
- Information will be kept confidential to the extent permitted by law.

Information may be shared:

- With school personnel who have a legitimate educational interest
- For purposes of coordinating care and supporting my child's educational program

Information must be disclosed when required by law, including:

- Risk of harm to self or others
- Suspected child abuse or neglect
- Court orders or legal requirements

10. Parent/Guardian Rights

I have the right to:

- Ask questions at any time
- Request access to records (per FERPA)
- Withdraw consent at any time

11. Contact Information

For questions about services, please contact:

- Program/School Contact: _____
- Phone: _____
- Email: _____

12. Voluntary Participation

Participation is voluntary, and declining or withdrawing consent will not affect access to general education services.

13. Consent and Acknowledgment

By signing below, I acknowledge that:

- I have read and understand this form.
- I have had the opportunity to ask questions.
- I understand the risks, benefits, and alternatives.
- I voluntarily consent to services as described above.

Parent Legal Name (First, Last):

Signature:

Date:



PARENT CONSENT FOR BILLING

SCHOOL-BASED BEHAVIORAL HEALTH & WELLNESS

HEALTH INFORMATION EXCHANGE & CONSENT FORM

Our district participates in the LEA Medi-Cal Billing Option and the Child & Youth Behavioral Health Initiative (CYBHI) Fee Schedule programs that fund essential health and mental health services for students. By providing your consent, you allow us to secure funding from Medi-Cal or private insurers to help cover these services at **no cost to you**. **You will never be charged for services your student may receive.**

Your consent allows Paradigm Healthcare Services, LLC., our billing partner, to securely share necessary records with Medi-Cal or the CYBHI Fee Schedule third-party administrator(s). **All information is handled confidentially and protected under federal privacy laws, including FERPA and HIPAA.**

Whether or not you provide consent, your student will continue to receive the services they need. However, completing this form ensures we can maintain and expand these services for all students. *It takes just a minute!*

STUDENT INFORMATION

Student's Legal Name (First, Last):

Date of Birth (DD/MM/YYYY):

Student ID Number:

Health Insurance Provider (ex: Kaiser):

Policy Member ID for MediCal, use BIC Number):

Group Number (if known):

If you are not insured:

☐

I would like more information. Please release my name, address, and telephone number to an authorized enrollment worker.

CONSENT & AGREEMENT

Please review the information below and indicate your consent.

- **Only the appropriate data from my child's educational records** will be released by the district for the purpose of treatment, care coordination, and billing, including the following partners: our billing servicer, Paradigm Healthcare Services, LLC., Carelon Behavioral Health, Napa County Office of Education, and other listed organizations: _____, _____, _____.
- The records will be **securely shared** with Medi-Cal and the statewide third-party administrator, Carelon Behavioral Health, for reimbursement, and **all information will be kept confidential** in accordance with FERPA and HIPAA privacy laws.
I understand that I will **never be charged for these services**.
- I understand that **my consent is voluntary and may be revoked at any time**.

☐ I **consent** to the release of my student's records, and access to their benefits, for billing purposes.

☐ I **do not consent** to the release of my student's records, and access to their benefits, for billing purposes.

Parent Legal Name (First, Last):

Signature:

Relationship to Student:

Date:



HOWELL MOUNTAIN
ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

**Children and Youth Behavioral Health Initiative (CYBHI)
Fee Schedule Program for School-Based Services
Frequently Asked Questions (FAQs)**

1. What services are billed under the school-based billing programs?

The **Howell Mountain Elementary School District (HMESD)** participates in the CYBHI Fee Schedule. This program allows the school to recover funding for mental health services provided to students. This funding helps support and enhance the delivery of these essential services for all students in the district.

2. Will HMESD ever bill me for the school-based services that my child receives?

No. You will never receive a bill from the district, regardless of your child's insurance coverage.

3. Does my consent to this program impact my child's insurance benefits in any way?

If you provide Medi-Cal benefits information: Your consent will not reduce or negatively impact on your child's Medi-Cal benefits. **If you provide private insurance information** HMESD will only seek reimbursement from your insurer for behavior or mental health services your student receives at school. Costs for these services must be paid by the insurer, not passed onto families (no out-of-pocket expenses like co-payments or deductibles and will not affect your child's health coverage, as required by state law. For more information, you can refer to DHCS' parent flier by clicking [here](#).

4. What information is shared, with whom, and what guarantees exist to ensure confidentiality of my child's records?

NCOE will only share the essential information necessary to seek reimbursement, including your child's name, date of birth, service or intervention received, date of service, and the provider's name, related to these services. The district's billing vendor, Paradigm Healthcare Services, is bound by contractual agreements with strict provisions to keep student records confidential, secure, and HIPAA compliant. The district complies with the Federal Educational Rights and Privacy Act (FERPA) and state laws to protect your child's information.



HOWELL MOUNTAIN
ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

**Children and Youth Behavioral Health Initiative (CYBHI)
Fee Schedule Program for School-Based Services
Frequently Asked Questions (FAQs)**

5. Will the district stop providing services for my child if I do not provide my consent?

No. Even without your consent for billing, your child will continue to receive services at school.

6. What if I change my mind after I have already provided you with my consent?

You have the right to withdraw your consent at any time; however, withdrawal is not retroactive. To make changes, visit the front desk at your child's school. For more information on the requirements for parent consent, you can refer to the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) at 34 CFR Part 99.

7. What does my consent do?

By providing your consent, you allow the NCOE to obtain reimbursement from Medi-Cal or private insurers to help cover these services at no cost to you. You will never be charged for services your student may receive. Your consent allows Paradigm Healthcare Services, LLC., our billing partner, to securely share necessary records with Medi-Cal or other health insurance companies. All information is handled confidentially and protected under federal privacy laws, including FERPA and HIPAA. Whether or not you provide consent, your student will continue to receive the services they need.

8. Why do you need my child's health insurance information?

Having student health insurance information allows us to seek reimbursement from health insurers for eligible school-based mental health services your student may receive. We need insurance information to be able to efficiently bill the insurers to help the district continue to provide much needed mental health and wellness programs for our students.



CONSENTIMIENTO PATERNO PARA TRATAMIENTO

SALUD Y BIENESTAR CONDUCTUAL BASADO EN LA ESCUELA

Este documento proporciona información importante sobre el consentimiento para que su hijo reciba servicios de salud conductual basados en la escuela a través de Camille Creek Community School. Por favor, lea cada sección detenidamente y brinde su consentimiento firmando al final del formulario.

Información del Estudiante

Nombre Legal del Estudiante:

Escuela:

Grado:

Consentimiento para Servicios

Yo, el padre/madre/tutor legal que firma, por la presente doy permiso para que mi hijo reciba servicios de salud conductual basados en la escuela, proporcionados o coordinados a través del NCOE. Estos servicios pueden incluir:

- Apoyo o consejería individual
- Apoyo o consejería grupal
- Consulta familiar, según sea apropiado
- Evaluación e intervención de salud conductual
- Apoyo en crisis y estabilización dentro del entorno escolar
- Referencia y coordinación con otros servicios

Entiendo que:

- Los servicios son voluntarios y pueden ser descontinuados en cualquier momento.
- Puedo retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

Propósito de los Servicios

Estos servicios tienen como objetivo apoyar las necesidades conductuales, emocionales y/o de salud mental de mi hijo para mejorar su funcionamiento en la escuela y en su vida diaria.

Riesgos y Beneficios (Consentimiento Informado)

Beneficios Potenciales:

- Mejora en las habilidades de afrontamiento y regulación emocional
- Mayor participación en la escuela y en las relaciones

Apoyo para abordar preocupaciones conductuales o de salud mental

Riesgos potenciales pueden incluir:

- Malestar emocional temporal al discutir experiencias personales
- Límites a la confidencialidad según lo requerido por la ley
- Los servicios pueden no resultar en los resultados deseados

Alternativas a los Servicios

Entiendo que la participación es voluntaria y que las alternativas pueden incluir:

- Apoyos basados en la escuela sin servicios de asesoramiento
- Proveedores de salud conductual basados en la comunidad
- Decidir no participar en este momento

Límites de los Servicios Basados en la Escuela

Entiendo que:

- Los servicios se brindan en un entorno escolar y no son servicios de emergencia ni de 24 horas
- El personal puede no estar disponible de inmediato en todo momento
- Para situaciones urgentes o de emergencia, se deben acceder a otros servicios

Información de Crisis y Emergencia

Si mi hijo está experimentando una crisis de salud mental o emergencia, entiendo que debo contactar:

- 911 para emergencias
- Línea de Vida de Suicidio y Crisis 988
- Servicios de crisis del condado local al (707) 253-4711

Proveedores y Supervisión

Los servicios pueden ser proporcionados por:

- Profesionales de salud conductual con licencia o registrados
- Personal empleado por la escuela dentro de su ámbito de práctica
- Aprendices o internos supervisados
- Todos los servicios se prestan bajo la supervisión clínica adecuada, consistente con la ley de California

Confidencialidad y Compartición de Información (FERPA)

Entiendo que:

- La información de mi hijo está protegida bajo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA)
- La información se mantendrá confidencial en la medida permitida por la ley
- La información puede ser compartida:
 - Con el personal escolar que tenga un interés educativo legítimo

Para fines de coordinar la atención y apoyar el programa educativo de mi hijo

La información debe ser divulgada cuando lo requiera la ley, incluyendo:

- Riesgo de daño a uno mismo o a otros
- Sospecha de abuso o negligencia infantil
- Órdenes judiciales o requisitos legales

Derechos del Padre/Tutor

Tengo el derecho de:

- Hacer preguntas en cualquier momento
- Solicitar acceso a los registros (según FERPA)
- Retirar el consentimiento en cualquier momento

Información de Contacto

Para preguntas sobre los servicios, por favor contacte a:

Contacto del Programa/Escuela: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Participación Voluntaria

La participación es voluntaria y rechazar o retirar el consentimiento no afectará el acceso a los servicios de educación general.

Consentimiento y Reconocimiento

Al firmar a continuación, reconozco que:

- He leído y entendido este formulario
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas
- Entiendo los riesgos, beneficios y alternativas
- Consiento voluntariamente a los servicios descritos anteriormente

Nombre Legal del Padre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre Legal del Estudiante: _____

Firma: _____

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA FACTURACIÓN

SALUD CONDUCTUAL Y BIENESTAR EN EL ÁMBITO ESCOLAR

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SANITARIA

Nuestro distrito participa en los programas de «Opción de facturación de Medi-Cal para las Autoridades Educativas Locales» y «Tarifas de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes (CYBHI)», que financian servicios esenciales de salud física y mental para los estudiantes. Al dar su consentimiento, nos autoriza a solicitar financiación a Medi-Cal o a aseguradoras privadas para ayudar a cubrir estos servicios **sin coste alguno para usted. Nunca se le cobrará por los servicios que pueda recibir su estudiante.**

Su consentimiento permite a Paradigm Healthcare Services, LLC., nuestro socio de facturación, compartir de forma segura los registros necesarios con Medi-Cal o con los administradores externos del Baremo de Tarifas de la CYBHI. **Toda la información se trata de forma confidencial y está protegida por las leyes federales de protección de datos, incluidas la FERPA y la HIPAA.**

Independientemente de si da su consentimiento o no, su estudiante seguirá recibiendo los servicios que necesita. No obstante, al rellenar este formulario, se garantiza que podamos mantener y ampliar estos servicios para todos los estudiantes. *¡Solo le llevará un minuto!*

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Nombre del/de la estudiante (nombre y apellidos):

Fecha de nacimiento del/de la estudiante (DD/MM/YYYY):

Número ID del/de la estudiante:

Compañía de seguros médicos (p. ej.: Kaiser):

Nº de identificación de afiliado de MediCal (utilice el número BIC):

Número de grupo (si se conoce):

Si usted no
está
asegurado:



Me gustaría tener más información. Por favor, facilite mi nombre, dirección y número de teléfono a un agente de inscripción autorizado.

CONSENTIMIENTO Y ACEPTACIÓN

Le rogamos que revise la información que figura a continuación y dé su consentimiento.

• **El distrito solo divulgará los datos pertinentes de los expedientes**

académicos de mi hijo/a con fines de tratamiento, coordinación de la atención y facturación, incluyendo a los siguientes socios: nuestro proveedor de servicios de facturación, Paradigm Healthcare Services, LLC., Carelon Behavioral Health, la Oficina de Educación del Condado de Napa y otras organizaciones enumeradas: _____,

_____, _____, _____,

- Los expedientes **se compartirán de forma segura** con Medi-Cal y con el administrador externo a nivel estatal, Carelon Behavioral Health, a efectos de reembolso, y **toda la información se mantendrá confidencial** de conformidad con las leyes de privacidad FERPA e HIPAA.
- Entiendo que **nunca se me cobrarán estos servicios**.
- Entiendo que **mi consentimiento es voluntario y puede revocarse en cualquier momento**.

☐ **Doy mi consentimiento** para que se faciliten los expedientes de mi estudiante y se le permita acceder a sus prestaciones con fines de facturación.

☐ **No doy mi consentimiento** para que se faciliten los expedientes de mi estudiante ni para que se acceda a sus prestaciones con fines de facturación.

Firma del padre/madre: _____

Fecha: _____

Nombre (escrito): _____

Relación con el/la estudiante: _____



Programa de Tarifas de la Iniciativa para la Salud Conductual de Niños y Jóvenes (CYBHI) para servicios prestados en el ámbito escolar

Preguntas más frecuentes (FAQ)

1. ¿Qué servicios se facturan en el marco de los programas de facturación escolar?

El **Howell Mountain Elementary** (HMESD) participa en el programa de tarifas de la CYBHI. Este programa permite al distrito recuperar los fondos destinados a los servicios de salud mental prestados a los estudiantes. Esta financiación contribuye a respaldar y mejorar la prestación de estos servicios esenciales para todos los estudiantes del distrito.

2. ¿Me cobrará alguna vez el HMESD por los servicios escolares que recibe mi hijo/a?

No. Nunca recibirá ninguna factura del distrito, independientemente de la cobertura del seguro de su hijo/a.

3. ¿Mi consentimiento para participar en este programa afecta de alguna manera a las prestaciones del seguro de mi hijo/a?

Si proporciona información sobre las prestaciones de Medi-Cal: Su consentimiento no reducirá ni afectará negativamente a las prestaciones de Medi-Cal de su hijo/a.

Si facilita datos de su seguro privado: HMESD solo solicitará a su aseguradora el reembolso de los servicios de salud conductual o mental que su hijo/a reciba en la escuela. Los costes de estos servicios deben ser sufragados por la aseguradora, sin que se repercutan en las familias (sin gastos de bolsillo, como copagos o franquicias), y no afectarán a la cobertura sanitaria de su hijo/a, tal y como exige la legislación estatal. Para obtener más información, puede consultar el folleto para padres de DHCS haciendo clic [aquí](#).

4. ¿Qué información se comparte, con quién y qué garantías existen para asegurar la confidencialidad de los expedientes de mi hijo/a?

El distrito solo compartirá la información esencial necesaria para solicitar el reembolso, incluyendo el nombre de su hijo/a, su fecha de nacimiento, el servicio o la intervención recibida, la fecha del servicio y el nombre del proveedor, en relación con dichos servicios. El proveedor de servicios de facturación del distrito, Paradigm Healthcare Services, está sujeto a acuerdos contractuales con disposiciones estrictas para garantizar la confidencialidad y la seguridad de los expedientes de los estudiantes, así como el cumplimiento de la HIPAA. El distrito cumple con la Ley Federal de Derechos Educativos y Privacidad (FERPA) y con las leyes estatales para proteger la información de su hijo/a.



Programa de Tarifas de la Iniciativa para la Salud Conductual de Niños y Jóvenes (CYBHI) para servicios prestados en el ámbito escolar

Preguntas más frecuentes (FAQ)

5. ¿Dejará el distrito de prestar servicios a mi hijo/a si no doy mi consentimiento?

No. Aunque no dé su consentimiento para la facturación, su hijo/a seguirá recibiendo los servicios en el colegio.

6. ¿Qué ocurre si cambio de opinión después de haber dado mi consentimiento?

Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento; sin embargo, dicha retirada no tiene carácter retroactivo. Para realizar cambios, acuda a la recepción del colegio de su hijo/a. Para obtener más información sobre los requisitos relativos al consentimiento de los padres, puede consultar la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA), en el título 34 del Código de Regulaciones Federales, parte 99.

7. ¿Para qué sirve mi consentimiento?

Al dar su consentimiento, autoriza al distrito a solicitar el reembolso a Medi-Cal o a las aseguradoras privadas para ayudar a sufragar estos servicios sin coste alguno para usted. Nunca se le cobrará por los servicios que pueda recibir su hijo/a. Su consentimiento permite a Paradigm Healthcare Services, LLC., nuestro socio de facturación, compartir de forma segura los expedientes necesarios con Medi-Cal u otras compañías de seguros médicos. Toda la información se trata de forma confidencial y está protegida por las leyes federales de protección de datos, incluidas la FERPA y la HIPAA. Independientemente de si da su consentimiento o no, su hijo/a seguirá recibiendo los servicios que necesita.

8. ¿Por qué necesitan la información del seguro médico de mi hijo/a?

Disponer de la información del seguro médico de los estudiantes nos permite solicitar el reembolso a las aseguradoras médicas por los servicios de salud mental prestados en el centro educativo que pueda recibir su hijo/a. Necesitamos la información del seguro para poder facturar de manera eficiente a las aseguradoras y así ayudar al distrito a seguir ofreciendo los programas de salud mental y bienestar que tanto necesitan nuestros estudiantes.