

PA MEDICAL ASSISTANCE BILLING PARENTAL CONSENT

Child's Name _____

Date of Birth _____

Date Sent: _____

Name and Address of Parent/Guardian/Surrogate: _____

I understand that:

1. Local Educational Agencies (LEAs) are eligible to receive federal reimbursement through the School-Based Access Program for certain medically necessary services provided to students with disabilities ages 3-21 in accordance with the students Individualized Education Program (IEP). In this instance, the Local Education Agency (LEA) refers to the preschool early intervention program which serves children from age 3 to school-age.

2. LEAs use of this reimbursement program does NOT in any way affect or impact other medically necessary, covered services that are provided to your child out of school. Medical Assistance will continue to pay for these services. Any reimbursement that the SDs or IUs receive from the School Based Access Program is used to help cover the cost of special education services. Special education services refer to any services covered by an Individualized Education Program (IEP).

3. Before the LEA can apply for reimbursement for services, a one-time written parental consent is required by The Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004 (IDEA) under Part B (Assistance to the States for the Education of Children with Disabilities) and the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA).

4. By giving consent, I am authorizing the LEA to share my child's information such as records or information about the services that may be provided to my child with the PA Department of Education, the PA Department of Human Services, and a physician or nurse practitioner in order to bill Medical Assistance for services my child receives as part of his/her IEP. The only purpose of this disclosure is to bill for services provided.

5. I have the right to withdraw my consent at any time. Withdrawing my consent or not giving consent, will not affect the services that my child is receiving in school. It is still the responsibility of the LEA to provide my child's required services as written in his/her IEP at no cost to me.

6. Upon request, I may receive copies of my child's records that are disclosed as a result of this authorization. We recommend that you keep a copy of this form for your records.

PA MEDICAL ASSISTANCE BILLING PARENTAL CONSENT

Child's Name _____

Date of Birth _____

If you have any questions, or if you need the services of an interpreter, please contact me.

Name: _____

Position: _____

Email: _____

Phone: _____

DIRECTIONS FOR PARENT/GUARDIAN/SURROGATE: Please check one of the options, sign this form, and return it.

____ I have read the Notice and I give consent for the LEA to share my child's education and health-related information and bill Medical Assistance

____ I have read the Notice and I DO NOT GIVE consent for the LEA to share my child's education and health-related information and bill Medical Assistance

____ I would like to schedule an informal meeting to discuss this request with preschool early intervention personnel

SIGN HERE:

Parent/Guardian/Surrogate Signature: _____

Date: _____

Daytime Phone: _____

PLEASE RETURN THIS ENTIRE FORM TO:

Name: _____

Address: _____

ДОЗВІЛ БАТЬКІВ НА ВИСТАВЛЕННЯ РАХУНКУ ЗА МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ В ШТАТІ ПЕНСИЛЬВАНІЯ

Ім'я, прізвище дитини _____

Дата народження _____

Дата відправки: _____

Ім'я, прізвище та адреса батьків/опікунів/осіб, які виконують батьківські обов'язки:

Я розумію, що:

1. Місцеві органи освіти (LEA) мають право на отримання компенсації від федеральної влади в рамках програми School-Based Access Program за надання певних медичних послуг учням з обмеженими можливостями віком від 3 до 21 року відповідно до індивідуального навчального плану (IEP). У цьому випадку під Місцевим органом освіти (LEA) слід розуміти дошкільну програму раннього втручання для дітей від 3 років до шкільного віку.
2. Використання LEA цієї програми компенсації не впливає на інші медичні послуги, на які поширюється страхування, та які надаються Вашій дитині поза школою. Такі послуги сплачуватимуться у повному обсязі. Компенсації, отримані SD чи IU в рамках програми School-Based Access Program, використовуються для покриття витрат на послуги спеціальної освіти. Під послугами спеціальної освіти слід розуміти будь-які послуги, включені до індивідуального навчального плану (IEP).
3. Відповідно до Закону про освіту осіб із обмеженими можливостями від 2004 року (IDEA), Частина В («Допомога штатам в галузі освіти дітей з обмеженими можливостями») та Закону про сімейні права на освіту і недоторканність особистого життя (FERPA), до того, як LEA зможе подати заявку на відшкодування витрат за надані послуги, необхідно отримати одноразову письмову згоду від батьків.
4. Даючи згоду, я уповноважую LEA на розкриття даних про мою дитину, зокрема облікових даних або інформації про надані дитині послуги, Департаменту освіти Пенсильванії, Департаменту соціальних служб Пенсильванії, а також лікарям і медичним працівникам. Дані надаються з метою нарахування оплати за послуги, отримані моєю дитиною в рамках її індивідуального навчального плану (IEP). Інформація надається зацікавленим особам виключно для виставлення рахунку за отримані послуги.
5. Я маю право у будь-який час відкликати надану згоду. Відкликання наданої згоди або відмова від її надання не впливає на послуги, які надаються моїй дитині школою. LEA продовжує нести відповідальність за надання всіх необхідних моїй дитині послуг на безоплатній основі та згідно з її індивідуальним навчальним планом (IEP).
6. Я маю право отримати копію облікових даних моєї дитини, які можуть бути розкриті на підставі цього дозволу. Ми рекомендуємо вам зберегти копію форми для себе.

ДОЗВІЛ БАТЬКІВ НА ВИСТАВЛЕННЯ РАХУНКУ ЗА МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ В ШТАТІ ПЕНСИЛЬВАНІЯ

Ім'я, прізвище дитини _____

Дата народження _____

Зв'яжіться зі мною, якщо у Вас виникли питання або Вам потрібні послуги перекладача.

Прізвище, ім'я: _____

Посада: _____

Електронна пошта: _____

Телефон: _____

ВКАЗІВКИ ДЛЯ БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ/ОСІБ, ЯКІ ВИКОНУЮТЬ БАТЬКІВСЬКІ ОБОВ'ЯЗКИ: виберіть один із варіантів, підпишіть форму та поверніть її як зазначено нижче.

_____ Я ознайомився (-ась) з цим Повідомленням і надаю LEA згоду на розкриття даних про освіту та стан здоров'я дитини, а також на виставлення рахунків за медичне обслуговування

_____ Я ознайомився (-ась) з цим Повідомленням і НЕ надаю LEA згоду на розкриття даних про освіту та стан здоров'я дитини, а також на виставлення рахунків за медичне обслуговування

_____ Я хотів (-ла) би призначити неофіційну зустріч, щоб обговорити цей запит із працівниками дошкільної програми раннього втручання

ПІДПИШІТЬ ТУТ:

Підпис батьків/опікунів/осіб, які виконують батьківські обов'язки: _____

Дата: _____

Номер телефону для зв'язку протягом дня: _____

ФОРМУ НЕОБХІДНО ПОВЕРНУТИ:

Прізвище, ім'я: _____

Адреса: _____