

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: _____

PA طبی معاونتی بلنگ کے لئے والدین کی رضامندی

بچے کا نام _____

تاریخ پیدائش _____

ارسال کی تاریخ: _____

والدین/سرپرست/سرورگٹ کا نام اور پتہ: _____

میں سمجھتا ہوں کہ:

1. مقامی تعلیمی ایجنسیاں (LEAs) طلباء کے انفرادی تعلیمی پروگرام (IEP) کے مطابق 3-21 سال کی عمر کے معذور طلباء کو فراہم کی جانے والی طبی طور پر ضروری خدمات کے لیے اسکول پر مبنی رسائی پروگرام کے ذریعے وفاقی باز ادائیگی وصول کرنے کے اہل ہیں۔ اس مثال میں، مقامی تعلیمی ایجنسی (LEA) سے مراد پری اسکول کے ابتدائی مداخلت کا پروگرام ہے جو 3 سال کی عمر سے لے کر اسکول جانے کی عمر تک کے بچوں کو خدمات فراہم کرتا ہے۔

2. اس باز ادائیگی پروگرام کا LEAs استعمال کسی بھی طرح سے طبی لحاظ سے ضروری، احاطہ شدہ خدمات کو متاثر یا متصادم نہیں کرتا ہے جو آپ کے بچے کو اسکول سے باہر فراہم کی جاتی ہیں۔ طبی امداد ان خدمات کے لئے ادائیگی جاری رکھے گی۔ کوئی بھی باز ادائیگی جو SDs یا IUs کو اسکول پر مبنی رسائی پروگرام سے ملتا ہے اس کا استعمال خصوصی تعلیمی خدمات کی لاگت کو پورا کرنے میں مدد کے لیے کیا جاتا ہے۔ خصوصی تعلیمی خدمات کسی بھی ایسی خدمات کا حوالہ دیتے ہیں جن کا احاطہ انفرادی تعلیمی پروگرام (IEP) کے ذریعے کیا جاتا ہے۔

3. اس سے پہلے کہ LEA خدمات کے معاوضے کے لیے درخواست دے سکے، پارٹ B (معذور بچوں کی تعلیم کے لیے ریاستوں کو امداد) اور فیملی ایجوکیشنل رائٹس اینڈ پرائیویسی ایکٹ (FERPA) کے تحت معذور افراد کی تعلیم میں بہتری کا ایکٹ 2004 (IDEA) کے ذریعے والدین کی ایک بار تحریری رضامندی درکار ہے۔

4. رضامندی دے کر، میں LEA کو اپنے بچے کی معلومات جیسے کہ ریکارڈز یا ان خدمات کے بارے میں معلومات جو میرے بچے کو PA ڈیپارٹمنٹ آف ایجوکیشن، PA ڈیپارٹمنٹ آف ہیومن سروسز، اور ڈاکٹر یا نرس پریکٹیشنر کے ساتھ شیئر کرنے کا اختیار دے رہا ہوں میرے بچے کو اپنے IEP کے حصے کے طور پر موصول ہونے والی خدمات کے حوالے سے طبی امداد کا بل دینے کے لئے۔ اس انکشاف کا واحد مقصد فراہم کردہ خدمات کے لیے ایک رسید جاری کرنا ہے۔

5. مجھے کسی بھی وقت اپنی رضامندی واپس لینے کا حق ہے۔ میری رضامندی واپس لینے یا رضامندی نہ دینے سے وہ خدمات متاثر نہیں ہوں گی جو میرا بچہ اسکول میں حاصل کر رہا ہے۔ یہ اب بھی LEA کی ذمہ داری ہے کہ وہ میرے بچے کی مطلوبہ خدمات فراہم کرے جیسا کہ اس کے IEP میں لکھا گیا ہے مجھ سے کوئی قیمت نہیں لینا ہے۔

6. درخواست کرنے پر، میں اپنے بچے کے ریکارڈز کی کاپیاں حاصل کر سکتا ہوں جو اس اجازت کے نتیجے میں ظاہر کیے گئے ہیں۔ ہم تجویز کرتے ہیں کہ آپ اپنے ریکارڈز کے لیے اس فارم کی ایک کاپی اپنے پاس رکھیں۔

PA طبی معاونتی بلنگ کے لئے والدین کی رضامندی

بچے کا نام _____

تاریخ پیدائش _____

اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں، یا اگر آپ کو کسی مترجم کی خدمات درکار ہوں تو، برائے مہربانی مجھ سے رابطہ کریں۔

نام: _____

پوزیشن: _____

ای میل: _____

فون: _____

والدین/سرپرست/سروگیٹ کے لیے ہدایات: براہ کرم اختیارات میں سے ایک پر ٹک کریں، اس فارم پر دستخط کریں، اور اسے واپس کریں۔

_____ میں نے نوٹس پڑھ لیا ہے اور میں LEA کو اپنے بچے کی تعلیم اور صحت سے متعلق معلومات اور طبی امدادی بل دینے کی رضامندی دیتا ہوں

_____ میں نے نوٹس پڑھ لیا ہے اور میں LEA کو اپنے بچے کی تعلیم اور صحت سے متعلق معلومات اور طبی امدادی بل دینے کی رضامندی نہیں دیتا ہوں

_____ میں پری اسکول کے ابتدائی مداخلت کے عملے کے ساتھ اس درخواست پر تبادلہ خیال کرنے کے لیے ایک غیر رسمی میٹنگ کا شیڈول کرنا چاہوں گا۔

یہاں دستخط کریں:

والدین/سرپرست/سروگیٹ کے دستخط: _____

تاریخ: _____

دن کے وقت کا فون: _____

برائے مہربانی یہ پورا فارم کو واپس کریں:

نام: _____

پتہ: _____