

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: _____

CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH VỀ VIỆC THANH TOÁN HỖ TRỢ Y TẾ CỦA PENNSYLVANIA

Tên học sinh

Ngày sinh

Ngày gửi:

Tên và Địa chỉ của Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện:

Tôi hiểu rằng:

1. Cơ quan Giáo dục Địa phương (LEA) hội đủ điều kiện để nhận được khoản tiền hoàn trả của liên bang qua Chương trình Tiếp cận tại Trường học đối với các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp cho các em học sinh khuyết tật có độ tuổi từ 3-21 theo đúng Chương trình Giáo dục Cá nhân (IEP) của học sinh. Trong trường hợp này, Cơ quan Giáo dục Địa phương (LEA) đề cập đến chương trình can thiệp sớm ở trường mầm non phục vụ trẻ em từ 3 tuổi đến tuổi đi học.
2. Việc LEA sử dụng chương trình bồi hoàn này KHÔNG gây ảnh hưởng hoặc tác động đến các dịch vụ được bảo hiểm y tế cần thiết khác được cung cấp cho con của quý vị ngoài trường học. Gói Hỗ trợ Y tế sẽ tiếp tục thanh toán cho các dịch vụ này. Bất kỳ khoản bồi hoàn nào mà SD hoặc IU nhận được từ Chương trình Tiếp cận tại Trường học được sử dụng để giúp trang trải chi phí cho các dịch vụ giáo dục đặc biệt. Các dịch vụ giáo dục đặc biệt đề cập đến bất kỳ dịch vụ nào được bao trả bởi Chương trình Giáo dục Cá nhân (IEP).
3. Trước khi LEA có thể nộp đơn xin bồi hoàn cho các dịch vụ, chấp thuận của phụ huynh bằng văn bản được lập một lần là yêu cầu phải có theo Đạo luật Cải thiện Giáo dục cho Người khuyết tật (IDEA) năm 2004, Phần 300 (Hỗ trợ cho các tiểu bang về Giáo dục Trẻ em Khuyết tật) và Đạo luật về Quyền riêng tư và Quyền Giáo dục Gia đình (FERPA).
4. Bằng việc chấp thuận, tôi cho phép LEA chia sẻ thông tin của con em quý vị như hồ sơ hoặc thông tin về các dịch vụ có thể được cung cấp cho con tôi với Sở Giáo dục Tiểu Bang Pennsylvania, Cơ quan Phúc lợi Công cộng Tiểu Bang Pennsylvania và bác sĩ hoặc y tá để gửi hóa đơn Hỗ trợ Y tế cho các dịch vụ mà con tôi nhận được như một phần của Chương trình Giáo dục Cá nhân của em. Mục đích duy nhất của tiết lộ này là để lập hoá đơn cho các dịch vụ được cung cấp.
5. Tôi có quyền rút lại sự đồng ý của mình vào bất kỳ lúc nào. Việc rút lại sự đồng ý của tôi hoặc không đồng ý, sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ mà con tôi đang nhận được ở trường. LEA vẫn chịu trách nhiệm cung cấp miễn phí tất cả dịch vụ cần thiết cho con tôi như được ghi trong Kế hoạch Giáo dục Cá nhân của em.
6. Theo đề nghị, tôi có thể nhận được bản sao các hồ sơ của con tôi vốn được tiết lộ do sự ủy quyền này. Chúng tôi khuyến nghị quý vị lưu giữ một bản sao phiếu này.

CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH VỀ VIỆC THANH TOÁN HỖ TRỢ Y TẾ CỦA PENNSYLVANIA

Tên học sinh

Ngày sinh

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào hoặc nếu cần dịch vụ thông dịch viên, vui lòng liên hệ với tôi.

Tên:

Vị trí:

Email:

Điện thoại:

CHỈ DẪN CHO PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ/NGƯỜI ĐẠI DIỆN: Vui lòng chọn một trong các tùy chọn, ký vào phiếu này và gửi lại.

Tôi đã đọc Thông báo này và đồng ý cho LEA chia sẻ các thông tin giáo dục và thông tin liên quan đến sức khỏe và hóa đơn gói Hỗ trợ Y tế của con tôi

Tôi đã đọc Thông báo này và **KHÔNG** đồng ý cho LEA chia sẻ các thông tin giáo dục và thông tin liên quan đến sức khỏe và hóa đơn gói Hỗ trợ Y tế của con tôi

Tôi muốn sắp xếp một cuộc gặp thân mật để thảo luận về yêu cầu này với nhân viên phụ trách can thiệp sớm tại trường

KÝ VÀO ĐÂY:

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện:

Ngày:

Số điện thoại ban ngày:

VUI LÒNG GỬI LẠI TOÀN BỘ BIỂU MẪU NÀY CHO:

Tên:

Địa chỉ: