

# 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: \_\_\_\_\_

## موافقة الوالدين على إصدار فواتير المساعدة الطبية المقدمة من ولاية بنسلفانيا:

اسم الطفل \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

تاريخ الإرسال: \_\_\_\_\_

اسم وعنوان الوالد/الوصي/ولي الأمر: \_\_\_\_\_

أدرك أنه:

1- يحق لوكالات التعليم المحلية تلقي تعويضات فيدرالية من خلال برنامج الدخول القائم على المدرسة بشأن الخدمات الطبية الضرورية المقدمة للطلاب ذوي الإعاقة بداية من عمر 3-21 وفقًا لبرنامج التعليم الفردي للطلاب. في هذه الحالة، ويقصد بوكالة التعليم المحلية برنامج التدخل المبكر في مرحلة رياض الأطفال والتي يساعد الأطفال في عمر 3 سنوات حتى سن الالتحاق بالمدرسة.

2- لا يؤثر استخدام الوكالات التعليمية المحلية لبرنامج السداد بأي شكل من الأشكال على الخدمات الأخرى الضرورية طبيًا أو الخدمات المغطاة التي يتم تقديمها لطفلكم خارج المدرسة. وستساهم المساعدة الطبية في دفع تكاليف هذه الخدمات. وتساعد أي تعويضات تتلقها المناطق التعليمية أو الوحدات الوسيطة في تغطية تكاليف خدمات التعليم الخاصة. ويقصد بخدمات التعليم الخاص إلى أي خدمات يتم تغطيتها من خلال إحدى برامج التعليم الفردي.

3- قبل أن يتسنى لوكالات التعليم المحلية تقديم طلب الحصول على تعويض عن الخدمات، يلزم الحصول على موافقة خطية من ولي الأمر لمرة واحدة بموجب قانون تحسين تعليم الأفراد ذوي الإعاقة لعام 2004 بموجب الفقرة ب (المساعدات المقدمة للولايات الخاص بتعليم الأطفال ذوي الإعاقة) وقانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة.

4- بموجب تقديم الموافقة، سأسمح لوكالة التعليم المحلية بمشاركة معلومات الطفل مثل السجلات أو المعلومات الخاصة بالخدمات المقدمة لطفلي مع وزارة التعليم في ولاية بنسلفانيا وإدارة الموارد البشرية والطبيب المعالج أو الممرضة الممارسة من أجل دفع فاتورة المساعدة الطبية مقابل الخدمات التي يتلقاها طفلي كجزء من برنامج التعليم الفردي. ويكمن الغرض الوحيد من هذه الإفصاح هو دفع فاتورة الخدمات المقدمة.

5- لدي الحق في الرجوع في قراري بشأن الموافقة في أي وقت. لن يؤثر الرجوع في قراري أو عدم الموافقة على الخدمات التي يتلقاها طفلي في المدرسة. لا يزال من مسؤولية وكالة التعليم المحلية تقديم الخدمات المطلوبة لطفلي كما هو مكتوب برنامج التعليم الفردي الخاص به/بها دون دفع أي مبلغ.

6- بمجرد الطلب، يجوز إرسال نسخ من سجلات طفلي التي تم الكشف عنها نتيجة هذا التفويض. ونوصي بالاحتفاظ بنسخة من هذا النموذج في سجلاتكم.

موافقة الوالدين على إصدار فواتير المساعدة الطبية المقدمة من ولاية بنسلفانيا:

اسم الطفل: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

إذا كان لديكم أي أسئلة أو إذا كنت بحاجة إلى خدمات مترجم فوري، يرجى الاتصال بي:

الاسم: \_\_\_\_\_

الوظيفة: \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

توجيهات للوالد/الوصي/ولي الأمر: يرجى التحقق من أحد الخيارات والتوقيع على هذا النموذج وإعادته.

أنا \_\_\_\_\_ أقر بأنني قرأت الاخطار وأبديت موافقتي لوكالة التعليم المحلي بشأن مشاركة معلومات طفلي الصحية والتعليمية ودفع فواتير المساعدة الطبية.

أنا \_\_\_\_\_ أقر بأنني قرأت الاخطار ولا أسمح لوكالة التعليم المحلي بمشاركة معلومات طفلي الصحية والتعليمية ودفع فواتير المساعدة الطبية.

أنا \_\_\_\_\_ أود تحديد موعد اجتماع غير رسمي لمناقشة هذا الطلب بشأن التدخل المبكر في مرحلة رياض الأطفال.

يرجى التوقيع هنا:

توقيع الوالد/الوصي/ولي الأمر: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف أثناء النهار: \_\_\_\_\_

يرجى إعادة النموذج كاملاً إلى:

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_