

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

# РАЗРЕШЕНИЕ ОТ РОДИТЕЛЕЙ НА ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТА ЗА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В ШТАТЕ ПЕНСИЛЬВАНИЯ

Имя, фамилия ребенка

Дата рождения

Дата отправки:

Имя, фамилия и адрес родителя/опекуна/замещающего лица:

Я понимаю, что:

1. Местные органы образования (LEA) имеют право на получение компенсации от федеральных властей по программе School-Based Access Program за предоставление определенных медицинских услуг учащимся с ограниченными возможностями в возрасте от 3 лет до 21 года в соответствии с индивидуальным учебным планом (IEP). В данном случае под Местным органом образования (LEA) понимается дошкольная программа раннего вмешательства для детей от 3 лет до школьного возраста.
2. Использование LEA этой программы компенсации НЕ оказывает влияния на другие медицинские услуги, на которые распространяется страхование, и которые предоставляются Вашему ребенку вне школы. Такие услуги будут оплачиваться в прежнем объеме. Компенсации, полученные SD или IU по программе School Based Access Program, используются для покрытия расходов на услуги специального образования. Под услугами специального образования понимаются любые услуги, включенные в индивидуальный учебный план (IEP).
3. В соответствии с Законом об образовании лиц с ограниченными возможностями от 2004 года (IDEA), Часть В («Помощь штатам в области образования детей с ограниченными возможностями») и Законом о семейных правах на образование и неприкосновенность личной жизни (FERPA), до того, как LEA сможет подать заявку на возмещение расходов за оказанные услуги, требуется получение однократного согласия от родителей в письменном виде.
4. Давая согласие, я уполномочиваю LEA на раскрытие данных о моем ребенке, таких как учетные данные или информация об оказанных ребенку услугах, Департаменту образования Пенсильвании, Департаменту социальных служб Пенсильвании, а также врачам и медицинским работникам. Данные предоставляются с целью начисления оплаты услуг, оказанных моему ребенку в рамках его/ее индивидуального учебного плана (IEP). Информация предоставляется заинтересованным лицам исключительно с целью выставления счета за оказанные услуги.
5. Я имею право в любое время отозвать свое согласие. Отзыв выданного согласия или отказ от его предоставления не влияет на услуги, предоставляемые моему ребенку школой. LEA по-прежнему несет ответственность за предоставление всех необходимых моему ребенку услуг на безвозмездной основе и в соответствии с его/ее индивидуальным учебным планом (IEP).
6. Я имею право получить копию учетных данных моего ребенка, которые могут быть раскрыты на основании данного разрешения. Мы рекомендуем вам сохранить копию формы для себя.

**РАЗРЕШЕНИЕ ОТ РОДИТЕЛЕЙ НА ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТА ЗА МЕДИЦИНСКОЕ  
ОБСЛУЖИВАНИЕ В ШТАТЕ ПЕНСИЛЬВАНИЯ**

Имя, фамилия ребенка

Дата рождения

Свяжитесь со мной, если у Вас имеются вопросы или Вам необходимы услуги переводчика.

Фамилия, имя:

Должность:

Электронная почта:

Телефон:

УКАЗАНИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА/ЗАМЕЩАЮЩЕГО ЛИЦА: отметьте один из вариантов, подпишите форму и верните ее как указано ниже.

Я ознакомился (-ась) с настоящим Уведомлением и даю LEA согласие на раскрытие данных об образовании и состоянии здоровья ребенка, а также на выставление счетов за медицинское обслуживание

Я ознакомился (-ась) с настоящим Уведомлением и НЕ даю LEA согласие на раскрытие данных об образовании и состоянии здоровья ребенка, а также на выставление счетов за медицинское обслуживание

Я хотел (-а) бы назначить неофициальную встречу, чтобы обсудить этот запрос с работниками дошкольной программы раннего вмешательства

ПОДПИШИТЕ ЗДЕСЬ:

Подпись родителя/опекуна/замещающего лица:

Дата:

Номер телефона для связи в течение дня:

ФОРМУ НЕОБХОДИМО ВЕРНУТЬ:

Фамилия, имя:

Адрес: