

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: _____

अप्रमाणित शिक्षकको नियुक्ति बारेको सूचना PA को MEDICAL ASSISTANCE को बिलिङ सम्बन्धी अभिभावकीय सहमति

बच्चाको नाम _____

जन्म मिति _____

पठाएको मिति: _____

आमाबाबु/अभिभावक/सरोगेटको नाम तथा ठेगाना: _____

मैले बुझेको छु कि:

1. स्थानीय शिक्षा एजेन्सी (LEA) हरू विद्यार्थीको वैयक्तिक शिक्षा कार्यक्रम (IEP) अनुसार 3-21 वर्षका उमेरका अशक्तता भएका विद्यार्थीलाई प्रदान गरिएको चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक निश्चित सेवाहरूको खर्चका लागि विद्यालयमा आधारित पहुँच कार्यक्रम मार्फत संघीय क्षतिपूर्ति प्राप्त गर्न योग्य छन् । यो मामिलामा, स्थानीय शिक्षा एजेन्सीले (LEA) ले प्रिस्कूलको प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रमलाई जनाउँछ जसले 3 वर्ष देखि विद्यालय जाने उमेरका विद्यार्थीहरूलाई सेवा प्रदान गर्छ ।
2. LEA ले यो क्षतिपूर्ति कार्यक्रम जसरी प्रयोग गरे पनि, यसले विद्यालय बाहिर तपाईंको बच्चालाई प्रदान गरिने चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक, समेटिएका सेवाहरूमा कुनै पनि तरिकाले असर गर्दैन वा प्रभाव पार्दैन । Medical Assistance ले यी सेवाहरूको लागि भुक्तानी दिइ रहनेछ । SDs वा IUs ले School Based Access Program (विद्यालयमा आधारित पहुँच कार्यक्रम) बाट प्राप्त गरेको क्षतिपूर्ति विशेष शिक्षा सेवाको खर्च धान्न सहयोग गर्न प्रयोग गरिन्छ । विशेष शिक्षा सेवाले वैयक्तिक शिक्षा कार्यक्रम (IEP) द्वारा समेटिएको जुनसुकै सेवालार्इ जनाउँछ ।
3. LEA ले सेवाको क्षतिपूर्तिको लागि निवेदन दिनु अगाडि, 2004 को अपाङ्ग बालबालिका शिक्षा सुधार ऐन (IDEA) को खण्ड B (अपाङ्ग बालबालिकाहरूको शिक्षाका लागि राज्यलाई प्रदान गरिने सहयोग) र परिवारको शैक्षिक अधिकार तथा गोपनीयता ऐन (FERPA) अनुसार एक पटकको अभिभावकको लिखित सहमति आवश्यक पर्दछ ।
4. सहमति दिएर, म LEA लाई मेरो बच्चाका लागि PA शिक्षा विभाग, PA मानव सेवा विभाग र चिकित्सक तथा नर्सद्वारा प्रदान गर्न सकिने सेवाहरूसँग सम्बन्धित मेरो बच्चा बारेको जानकारी (जस्तै, अभिलेख वा सूचना) आदान-प्रदान गर्न अनुमति दिइरहेको छु ताकी मेरो बच्चाले आफ्नो IEP को अंश रहेका सेवा प्राप्त गर्दा ती सेवाहरूको खर्च Medical Assistance लाई भुक्तानी गराउन सकियोस् । यो खुलासाको एक मात्र उद्देश्य भनेको प्रदान गरिएका सेवाहरूको भुक्तानी उठाउनु हो ।
5. म जुनसुकै समयमा यो सहमति फिर्ता लिन सक्छु । सहमति दिने वा नदिने कुराले मेरो बच्चाले विद्यालयमा प्राप्त गरिरहेको सेवालार्इ असर गर्ने छैन । मेरो बच्चाको वैयक्तिक शिक्षा योजनामा लेखिए अनुसार मसँग कुनै शुल्क नलिइ मेरो बच्चालार्इ आवश्यक पर्ने सेवाहरू प्रदान गर्न LEA जिम्मेवार हुन्छ ।
6. अनुरोध गरेको खण्डमा, म यो सहमतिको परिणामस्वरूप खुलासा गरिएका मेरो बच्चाका अभिलेखहरूको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न सक्छु । हामी तपाईंलाई अभिलेखको लागि यो फारामको एउटा प्रतिलिपि आफ्नो साथमा राख्न सुझाव दिन्छौं ।

PA को MEDICAL ASSISTANCE को बिलिङ सम्बन्धी अभिभावकीय सहमति

बच्चाको नाम _____

जन्म मिति _____

तपाईंसँग कुनै पनि प्रश्नहरू छन्, वा तपाईंलाई दोभासेको सेवा आवश्यक पर्छ भने कृपया मलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

नाम: _____

पद: _____

इमेल: _____

फोन: _____

आमाबाबु/अभिभावक/सरोगेटका लागि निर्देशनहरू: कृपया एउटा विकल्प चयन गर्नुहोस्, यो फाराममा हस्ताक्षर गर्नुहोस्, र फिर्ता गर्नुहोस् ।

___ मैले यो सूचना पढेको छु र म LEA लाई मेरो बच्चाको शिक्षा र स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी खुलासा गर्न र Medical Assistance को नाममा बिल जारी गर्न सहमति प्रदान गर्दछु ।

___ मैले यो सूचना पढेको छु र म LEA लाई मेरो बच्चाको शिक्षा र स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी खुलासा गर्न र Medical Assistance को नाममा बिल जारी गर्न सहमति प्रदान गर्दिन ।

___ म प्रिस्कूलको प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रमका कर्मचारीसँग यो अनुरोधको बारेमा छलफल गर्न एउटा अनौपचारिक बैठक तय गर्न चाहन्छु ।

यहाँ हस्ताक्षर गर्नुहोस्:

आमाबाबु/अभिभावक/सरोगेटको हस्ताक्षर: _____

मिति: _____

दिउँसको फोन: _____

कृपया निम्न व्यक्तिलाई यो फाराम फिर्ता पठाउनुहोस्:

नाम: _____

ठेगाना: _____