

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: _____

CONSENTIMENTO DOS PAIS SOBRE FATURAMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PA

Nome da criança

Data de nascimento

Data de envio:

Nome e endereço dos pais/responsáveis/tutores:

Compreendo que:

1. As Agências Educacionais Locais (Local Educational Agencies - LEAs) são elegíveis para receber reembolso federal por meio do Programa de Acesso Baseado na Escola (School-Based Access Program) para determinados serviços clinicamente necessários prestados a alunos com deficiência de 3 a 21 anos de idade, em conformidade com o Plano Educacional Individualizado (PEI) dos alunos. Neste caso, a Agência Educacional Local (LEA) refere-se ao programa de intervenção antecipada pré-escolar que atende crianças de 3 anos até a idade escolar.

2. O uso deste programa de reembolso pelas LEAs NÃO afeta ou impacta de modo algum outros serviços cobertos clinicamente necessários que são prestados ao seu filho fora da escola. A Assistência Médica continuará a pagar por esses serviços. Qualquer reembolso que os SDs ou IUs recebam do Programa de Acesso Baseado na Escola é usado para ajudar a cobrir o custo dos serviços de educação especial. Serviços de educação especial referem-se a quaisquer serviços cobertos por um Plano Educacional Individualizado (PEI).

3. Antes que a LEA possa solicitar o reembolso por serviços, um consentimento dos pais por escrito é exigido uma única vez pela Lei de Melhoria Educacional de Indivíduos com Deficiência de 2004 (Individuals with Disabilities Education Improvement Act - IDEA) de acordo com a Parte B (Assistência aos Estados para a Educação de Crianças com Deficiência) e a Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (Family Educational Rights and Privacy Act - FERPA).

4. Ao dar consentimento, autorizo a LEA a compartilhar as informações do meu filho, como registros ou informações sobre os serviços que podem ser prestados ao meu filho, com a Secretaria de Educação da Pensilvânia, a Secretaria de Serviços Humanos da Pensilvânia e um médico ou enfermeiro para faturar a Assistência Médica pelos serviços que meu filho receber como parte de seu PEI. O único objetivo desta divulgação é cobrar pelos serviços prestados.

5. Tenho o direito de cancelar meu consentimento a qualquer momento. Cancelar meu consentimento ou não dar consentimento não afetará os serviços que meu filho está recebendo na escola. Ainda é responsabilidade da LEA prestar os serviços necessários ao meu filho, conforme consta em seu PEI, sem nenhum custo para mim.

6. Mediante solicitação, posso receber cópias dos registros do meu filho que sejam divulgados como resultado desta autorização. Recomendamos que você guarde uma cópia deste formulário para seus registros.

CONSENTIMENTO DOS PAIS SOBRE FATURAMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PA

Nome da criança

Data de

Caso tenha alguma dúvida ou precise dos serviços de um intérprete, entre em contato comigo.

Nome:

Cargo:

E-mail:

Telefone:

INSTRUÇÕES PARA OS PAIS/RESPONSÁVEIS/TUTORES: Marque uma das opções, assine este formulário e devolva-o.

Li o Aviso e dou consentimento para que a LEA compartilhe informações relacionadas à educação e saúde do meu filho e fature a Assistência Médica

Li o Aviso e NÃO DOU consentimento para que a LEA compartilhe informações relacionadas à educação e saúde do meu filho e fature a Assistência Médica

Gostaria de agendar uma reunião informal para discutir esta solicitação com o pessoal de intervenção antecipada pré-escolar

ASSINE AQUI:

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável/tutor:

Data:

Telefone diurno:

DEVOLVA ESTE FORMULÁRIO COMPLETO PARA:

Nome:

Endereço: