

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: _____

PA এর মেডিক্যাল সহায়তা বিল এর জন্য পিতামাতার সম্মতি

বাচ্চার নাম _____

জন্মদিন _____

পাঠানোর তারিখ: _____

পিতামাতা/অভিভাবক/সারগেট এর নাম ও ঠিকানা: _____

আমি বুঝতে পেরেছি যে:

1. শিক্ষার্থীর স্বতন্ত্র শিক্ষা প্রোগ্রাম (IEP) অনুযায়ী ৩-২১ বছর বয়সী প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীদের প্রদান করা কিছু চিকিৎসাগত ভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবার জন্য স্কুল-ভিত্তিক অ্যাক্সেস প্রোগ্রামের মাধ্যমে স্থানীয় শিক্ষামূলক এজেন্সি সমূহ (LEAs) ফেডারেল প্রতিদান বা রিইয়ারসমেন্ট পাওয়ার যোগ্য। এই ক্ষেত্রে, স্থানীয় শিক্ষামূলক এজেন্সি (LEA) প্রি-স্কুল প্রারম্ভিক হস্তক্ষেপ প্রোগ্রামকে বোঝায় যা ৩ বছর থেকে স্কুল বয়স পর্যন্ত শিশুদের প্রদান করে।
2. LEA এই রিইয়ারসমেন্ট প্রোগ্রামের ব্যবহার কোনোভাবেই আপনার সন্তানকে স্কুলের বাইরে দেওয়া অন্যান্য চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয়তা, অধীনে পরিষেবাগুলিকে প্রভাবিত করবে না। এই পরিষেবাগুলির জন্য চিকিৎসা সহায়তা প্রদান অব্যাহত থাকবে। স্কুল ভিত্তিক অ্যাক্সেস প্রোগ্রাম থেকে SDs বা IU গুলি যে রিইয়ারসমেন্ট গ্রহণ করে তা বিশেষ শিক্ষা পরিষেবাগুলির খরচ মেটাতে সাহায্য করার জন্য ব্যবহৃত হয় বিশেষ শিক্ষা পরিষেবাগুলি একটি স্বতন্ত্র শিক্ষা প্রোগ্রাম (IEP) এর অধীন যে কোনও পরিষেবাকে বোঝায়।
3. LEA পরিষেবাগুলির জন্য রিইয়ারসমেন্ট এর জন্য আবেদন করার আগে, ২০০৪ সালের প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের শিক্ষা উন্নয়ন আইন (IDEA) এর পার্ট B (অক্ষম শিশুদের শিক্ষার জন্য স্টেটগুলিকে সহায়তা) এবং পারিবারিক শিক্ষাগত অধিকার এবং গোপনীয়তা আইন (FERPA) দ্বারা এককালীন পিতামাতার লিখিত সম্মতি প্রয়োজন।
4. সম্মতি দেওয়ার মাধ্যমে, আমার সন্তান তার IEP-এর অংশ হিসাবে যেসব পরিষেবা পাবে তার জন্য চিকিৎসা সহায়তা বিল করার জন্য আমি আমার সন্তানের তথ্য যেমন রেকর্ড বা পরিষেবার তথ্য যা আমার সন্তানকে প্রদান করা হবে তা PA ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশন, PA ডিপার্টমেন্ট অফ হিউম্যান সার্ভিসেস, এবং একজন চিকিৎসক বা নার্স অনুশীলনকারীর সাথে শেয়ার করার জন্য LEA কে অনুমোদন প্রদান করছি যাতে। এই প্রকাশের একমাত্র উদ্দেশ্য প্রদত্ত পরিষেবার জন্য বিল করা।
5. যে কোন সময় আমার সম্মতি প্রত্যাহার করার অধিকার আমার আছে। আমার সম্মতি প্রত্যাহার করা বা সম্মতি না দেওয়া, আমার সন্তান স্কুলে যে পরিষেবাগুলি পাচ্ছে তাকে প্রভাবিত করবে না। আমার সন্তানের IEP-তে লেখা তার প্রয়োজনীয় পরিষেবাগুলি আমার কোন খরচ ছাড়া প্রদান করা এখনও LEA-এর দায়িত্ব।
6. অনুরোধ করা হলে, আমি আমার সন্তানের রেকর্ডের কপি পেতে পারি যা এই অনুমোদনের ফলে প্রকাশ করা হয়েছে। আমরা সুপারিশ করি যে আপনি আপনার রেকর্ডের জন্য এই ফর্মটির একটি অনুলিপি রাখুন।

PA এর মেডিক্যাল সহায়তা বিল এর জন্য পিতামাতার সম্মতি

বাচ্চার নাম _____

জন্মদিন _____

আপনার যদি কোন প্রশ্ন থাকে, বা আপনার যদি একজন অনুবাদকের সেবা প্রয়োজন হয়, অনুগ্রহ করে আমার সাথে যোগাযোগ করুন

নাম: _____

পদবী: _____

ইমেইল: _____

ফোন: _____

পিতামাতা/অভিভাবক/সারগেট এর জন্য নির্দেশনা: অনুগ্রহ করে নীচের যেকোনো একটি অপশনে টিক চিহ্ন দিন, স্বাক্ষর করুন, এবং ফেরত পাঠান।

_____ আমি নোটিশটি পড়েছি এবং আমি আমার সন্তানের শিক্ষা এবং স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত তথ্য এবং চিকিৎসা সহায়তা বিল শেয়ার করার জন্য LEA কে সম্মতি দিচ্ছি

_____ আমি নোটিশটি পড়েছি এবং আমি আমার সন্তানের শিক্ষা এবং স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত তথ্য এবং চিকিৎসা সহায়তা বিল শেয়ার করার জন্য LEA কে সম্মতি দিচ্ছি না

_____ প্রি-স্কুল প্রারম্ভিক হস্তক্ষেপ কর্মীদের সাথে এই অনুরোধটি নিয়ে আলোচনা করার জন্য আমি একটি অনানুষ্ঠানিক মিটিং নির্ধারণ করতে চাই

এখানে স্বাক্ষর করুন:

পিতামাতা/অভিভাবক/সারগেট এর স্বাক্ষর: _____

তারিখ: _____

দিনের বেলা প্রাণ্ড ফোন: _____

অনুগ্রহ করে এই সম্পূর্ণ ফর্মটি ফেরত দিন:

নাম: _____

ঠিকানা: _____