

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: _____

CONSENTEMENT PARENTAL POUR LA FACTURATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DE LA PA

Nom de l'enfant

Date de naissance

Date d'envoi :

Nom et adresse du Parent/Tuteur/Parent Substitut :

Je comprends que :

1. Les Agences Éducatives Locales (LEA) sont éligibles pour recevoir un remboursement fédéral par le biais du Programme d'Accès en Milieu Scolaire pour certains services médicalement nécessaires fournis aux élèves handicapés âgés de 3 à 21 ans conformément au Programme d'Enseignement Individualisé (PEI) des élèves. Dans ce cas, l'Agence Éducative Locale (LEA) fait référence au programme d'intervention précoce préscolaire qui s'adresse aux enfants de 3 ans à l'âge scolaire.

2. L'utilisation par les LEA de ce programme de remboursement n'affecte en aucune manière les autres services couverts médicalement nécessaires qui sont fournis à votre enfant en dehors de l'école. L'Assistance Médicale continuera à payer pour ces services. Tout remboursement que les districts scolaires ou les unités intermédiaires reçoivent du Programme d'Accès en Milieu Scolaire est utilisé pour aider à couvrir le coût des services d'éducation spéciale. Les services d'éducation spéciale font référence à tous les services couverts par un Programme d'Enseignement Individualisé (PEI).

3. Avant que la LEA puisse demander le remboursement des services, un consentement parental écrit unique est requis par la Loi de 2004 sur l'Amélioration de l'Enseignement pour les Personnes Handicapées (IDEA) en vertu de la partie B (Aide aux États pour l'Enseignement des Enfants Handicapés) et la Loi sur les Droits Familiaux À l'Éducation et sur la Protection de la Vie Privée (FERPA).

4. En donnant mon consentement, j'autorise la LEA à partager les informations de mon enfant telles que des dossiers ou des informations sur les services qui peuvent être fournis à mon enfant avec le Département de l'Éducation de la PA, le Département des Services Sociaux de la PA et un médecin ou une infirmière praticienne dans afin de facturer l'Assistance Médicale pour les services que mon enfant reçoit dans le cadre de son PEI. Le seul but de cette divulgation est de facturer les services fournis.

5. J'ai le droit de retirer mon consentement à tout moment. Le retrait ou le refus de mon consentement n'affectera pas les services que mon enfant reçoit à l'école. Il est toujours de la responsabilité de la LEA de fournir les services requis par mon enfant, comme indiqué dans son PEI, sans frais pour moi.

6. Sur demande, je peux recevoir des copies des dossiers de mon enfant qui sont divulgués à la suite de cette autorisation. Nous vous recommandons de conserver une copie de ce formulaire dans vos dossiers.

CONSENTEMENT PARENTAL POUR LA FACTURATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DE LA PA

Nom de l'enfant

Date de naissance

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin des services d'un interprète, n'hésitez pas à me contacter.

Nom :

Poste :

E-mail :

Téléphone :

DIRECTIVES POUR LE PARENT/TUTEUR/PARENT SUBSTITUT : Veuillez cocher l'une des options, signer ce formulaire et le retourner.

J'ai lu l'Avis et j'autorise la LEA à partager les informations relatives à l'éducation et à la santé de mon enfant et à facturer l'Assistance Médicale

J'ai lu l'Avis et JE NE DONNE PAS mon consentement pour que la LEA partage les informations relatives à l'éducation et à la santé de mon enfant et facture l'Assistance Médicale

Je souhaite planifier une réunion informelle pour discuter de cette demande avec le personnel d'intervention précoce préscolaire

SIGNEZ ICI :

Signature du Parent/Tuteur/Parent Substitut :

Date :

Téléphone de jour :

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À :

Nom :

Adresse :