

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: _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA FACTURACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA DE PA

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Fecha de envío:

Nombre y dirección del padre/madre/tutor/padre sustituto:

Entiendo que:

1. Las Agencias Educativas Locales (LEA) son elegibles para recibir un reembolso federal a través del Programa Access Basado en la Escuela para determinados servicios médicamente necesarios que se proporcionan a estudiantes de 3 a 21 años con discapacidades de conformidad con el Programa Educativo Individualizado (PEI) de los estudiantes. En este caso, la Agencia Educativa Local (LEA) se refiere al programa de intervención temprana de preescolar que brinda servicios a niños desde los 3 años hasta la edad escolar.
2. El uso de las LEA de este programa de reembolso NO afecta ni impacta de ninguna manera en otros servicios cubiertos médicamente necesarios que se le brinden a su hijo fuera de la escuela. Asistencia Médica continuará pagando estos servicios. Todo reembolso que reciban los distritos escolares (SD) o las unidades intermedias (IU) del Programa Access Basado en la Escuela se utiliza para ayudar a cubrir el costo de los servicios de educación especial. Servicios de educación especial se refiere a cualquier servicio cubierto por un Programa Educativo Individualizado (PEI).
3. Antes de que la LEA pueda solicitar un reembolso de los servicios, la Parte B (Asistencia a los estados para la educación de los niños con discapacidades) de la Ley de Mejora de la Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) exigen un consentimiento de los padres por escrito por única vez.
4. Al dar mi consentimiento, autorizo a la LEA a compartir la información de mi hijo, como registros o información sobre los servicios que se le puedan brindar a mi hijo, con el Departamento de Educación de PA, el Departamento de Servicios Humanos de PA y un médico o enfermero especialista para facturar a Asistencia Médica los servicios que mi hijo reciba como parte de su PEI. El único propósito de esta divulgación es facturar los servicios prestados.
5. Tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento. Retirar mi consentimiento o no dar mi consentimiento no afectará los servicios que mi hijo recibe en la escuela. Sigue siendo responsabilidad de la LEA brindar los servicios que mi hijo requiere como está previsto en su PEI sin costo alguno para mí.
6. Previa solicitud, puedo recibir copias de los registros de mi hijo que se divulguen como resultado de esta autorización. Le recomendamos que conserve una copia de este formulario para sus registros.

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA FACTURACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA DE PA

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Si tiene alguna pregunta o si necesita los servicios de un intérprete, comuníquese conmigo.

Nombre:

Cargo:

Correo electrónico:

Teléfono:

INSTRUCCIONES PARA EL PADRE/MADRE/TUTOR/PADRE SUSTITUTO: Marque una de las opciones, firme este formulario y devuélvalo.

Leí el aviso y doy mi consentimiento para que la LEA comparta la información relacionada con la salud y la educación de mi hijo y facture a Asistencia Médica

Leí el aviso y **NO DOY** mi consentimiento para que la LEA comparta la información relacionada con la salud y la educación de mi hijo y facture a Asistencia Médica

Me gustaría programar una reunión informal para analizar esta solicitud con el personal de intervención temprana de preescolar

FIRME AQUÍ:

Firma del padre/madre/tutor/padre sustituto:

Fecha:

Teléfono de horario diurno:

DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO A:

Nombre:

Dirección: