

Aviso a los padres sobre la facturación de Asistencia Médica de PA

Estimado padre/tutor:

Usted está recibiendo este aviso para estar completamente informado de sus derechos, incluyendo su consentimiento antes de que una agencia pública pueda obtener acceso a los beneficios o el seguro público de su niño(a) para pagar por servicios bajo la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés).

Las agencias de educación local (LEAs, por sus siglas en inglés) son elegibles para recibir reembolsos del gobierno federal a través del Programa de Acceso Basado en las Escuelas (en inglés, *School-Based Access Program*) por ciertos servicios necesarios medicamente ofrecidos a los estudiantes con discapacidades entre las edades de 3 y 21 de acuerdo con los Programas de Educación Individualizados (IEPs, por sus siglas en inglés) de dichos estudiantes. Ejemplos de los servicios cubiertos incluyen la terapia del habla, la terapia ocupacional, la terapia física, y más. El hecho de que las LEAs usen este programa de reembolsos NO, en ninguna manera, afecta otros servicios cubiertos y medicamente necesarios que son ofrecidos a su niño(a) fuera de la escuela. La Asistencia Médica seguirá pagando por estos servicios. Cualquier reembolso que reciben las LEAs hacia el Programa de Acceso Basado en las Escuelas es usado para ayudar a cubrir el costo de servicios de educación especial.

Antes de que las LEAs puedan solicitar reembolsos por servicios, un consentimiento de los padres por escrito y por única vez es requerido por la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades de 2004 (IDEA, por sus siglas en inglés) bajo la Parte 300 (Asistencia a los Estados para la Educación de los Niños con Discapacidades) y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés). Firmando el documento de consentimiento de los padres, usted está autorizando la LEA a compartir información acerca de su niño(a), tal como los expedientes u otra información sobre los servicios que quizás se proporcione a su niño(a), con el Departamento de Educación de PA, el Departamento del Bienestar Social de PA, y un médico o enfermero para pasarle la factura a la Asistencia Médica por servicios que recibe su niño(a) como parte de su IEP. El único propósito de esta divulgación es el facturar por servicios proporcionados.

Usted tiene el derecho a retirar su consentimiento a cualquier momento. El retirar su consentimiento o el no dar su consentimiento no afectará los servicios que recibe su niño(a) en la escuela. Sigue siendo la responsabilidad de la LEA proporcionar a su niño(a) todos los servicios requeridos sin costo alguno para usted.

Además, el dar su consentimiento para reembolsos no llevará ningún costo para usted.

Si usted tiene preguntas sobre la facturación de Asistencia Médica, por favor póngase en contacto con Cyndi Nape, (717) 261-3424.

Chambersburg Area School District

Tengo entendido de lo siguiente:

- Puedo dar permiso o negarme a dar permiso a la LEA para divulgar información sobre mi niño(a) para que pueda recibir reembolsos por servicios.
- Se da el consentimiento sólo una vez, pero yo puedo retirarlo para servicios futuros a cualquier momento.
- Mi rechazo a dar el consentimiento no cambiará los servicios que recibe mi niño(a) de acuerdo con su IEP.
- Si doy el consentimiento o no, no tendré que pagar por estos servicios.
- A petición, puedo recibir copias de los expedientes de mi niño(a) que sean divulgados como resultado de esta autorización.

_____ He leído este Aviso, y entiendo las obligaciones de la LEA y mis derechos como el padre/la madre.

Firma del padre/tutor _____

Nombre completo del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Nombre de la escuela Chambersburg Area School District