

Consentimiento de los padres para la facturación de Asistencia Médica de PA

Tengo entendido que:

1. 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.
2. 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 mi niño(a) fuera de la escuela. La Asistencia Médica seguirá pagando por estos servicios. Cualquier reembolso que reciben los distritos escolares y unidades intermedias (IUs, por sus siglas en inglés) hacia el Programa de Acceso Basado en las Escuelas es usado para ayudar a cubrir el costo de servicios de educación especial.
3. Antes de que la LEA pueda 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).
4. Al dar mi consentimiento, autorizo la LEA a compartir información acerca de mi niño(a), tal como los expedientes u otra información sobre los servicios que quizás se proporcione a mi 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 mi niño(a) como parte de su IEP. El único propósito de esta divulgación es el facturar por servicios proporcionados.
5. Tengo el derecho a retirar mi consentimiento a cualquier momento. El retirar mi consentimiento o el no dar mi consentimiento no afectará los servicios que recibe mi niño(a) en la escuela. Sigue siendo la responsabilidad de la LEA proporcionar a mi niño(a) los servicios requeridos así como están escritos en su IEP sin costo alguno para mí.
6. A petición, puedo recibir copias de los expedientes de mi niño(a) que sean divulgados como resultado de esta autorización.

_____ He leído el Aviso, y doy mi consentimiento a la LEA para divulgar la información de mi niño(a) sobre su educación y salud, y facturar a Asistencia Médica.

Firma del padre/tutor _____

Nombre completo del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Nombre de la escuela Chambersburg Area School District