

Agência Educacional Local

Aviso aos Pais sobre o Faturamento da Assistência Médica de PA

Prezados Pais/Responsáveis:

Este aviso está sendo fornecido a você para que esteja totalmente informado sobre seus direitos, incluindo seu consentimento antes que um órgão público possa acessar os benefícios públicos ou o seguro de seu filho para pagar pelos serviços previstos na Lei de Educação de Indivíduos com Deficiências (IDEA).

As Agências Educacionais Locais (LEAs) se qualificam para receber reembolso federal por meio do Programa de Acesso Baseado na Escola para determinados serviços médicos necessários fornecidos a alunos com deficiências com idades entre 3 e 21 anos, de acordo com o IEP do aluno. Exemplos de serviços cobertos incluem terapia da fala, terapia ocupacional e fisioterapia, entre outros. O uso desse programa de reembolso pelas LEAs NÃO afeta nem impacta, de forma alguma, outros serviços cobertos e medicamento necessários que sejam prestados a seu filho fora da escola. A Assistência Médica continuará pagando por esses serviços. Qualquer reembolso que as LEAs recebam do programa Acesso com Base na Escola é usado para ajudar a cobrir o custo dos serviços de educação especial.

Antes que as LEAs possam solicitar o reembolso dos serviços, um consentimento único por escrito dos pais é exigido pela Lei de Melhoria da Educação de Indivíduos com Deficiências de 2004 (IDEA), sob a Parte 300 (Assistência aos Estados para a Educação de Crianças com Deficiências) e a Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA). Ao assinar o documento de consentimento dos pais, você está autorizando a LEA a compartilhar as informações do seu filho, como registros ou informações sobre os serviços que podem ser fornecidos a ele, com o Departamento de Educação da PA, o Departamento de Serviços Humanos da PA e um médico ou enfermeiro para cobrar a Assistência Médica pelos serviços que seu filho recebe como parte do IEP dele. O único propósito dessa divulgação é cobrar pelos serviços prestados. Não há exigência regulamentar de assinatura escrita dos pais com esse aviso.

Você tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento. A retirada de seu consentimento ou o não consentimento não afetará os serviços que seu filho está recebendo na escola. Ainda é a responsabilidade da LEA fornecer todos os serviços necessários para o seu filho sem nenhum custo para você.

O consentimento para o reembolso também não terá nenhum custo para você.

Se tiver dúvidas sobre o faturamento da assistência médica, entre em contato com _____.

O que você precisa saber:

- Posso dar permissão ou me recusar a dar permissão para que a LEA divulgue informações sobre meu filho a fim de receber reembolso por serviços.
- O consentimento é dado apenas uma vez, mas posso retirá-lo para serviços futuros a qualquer momento.
- Minha recusa em dar consentimento não alterará os serviços que meu filho recebe de acordo com seu IEP.
- Independentemente de eu consentir ou recusar, não precisarei pagar por esses serviços.
- Mediante solicitação, poderei receber cópias dos registros de meu filho que forem divulgados como resultado desta autorização.

Nome Completo do Aluno _____

Data de Nascimento _____ Data _____

Nome da Escola _____