

Avis Parental sur la Facturation de l'Assistance Médicale en Pennsylvanie

Je comprends que :

1. Les Agences Locales d'Éducation (LEAs) sont éligibles à un remboursement fédéral dans le cadre du Programme d'Accès en Milieu Scolaire (School-Based Access Program) pour certains services médicalement nécessaires fournis aux élèves en situation de handicap âgés de 3 à 21 ans, conformément à leur Plan Éducatif Individualisé (IEP).
2. L'utilisation de ce programme de remboursement par les Agences Locales d'Éducation (LEAs) n'affecte en aucun cas les autres services médicalement nécessaires et couverts fournis à votre enfant en dehors du cadre scolaire. L'assistance médicale continuera à prendre en charge ces services. Tout remboursement perçu par les Districts Scolaires (SD) ou Unités Intermédiaires (IU) dans le cadre du Programme d'Accès en Milieu Scolaire (School-Based Access program) sert à contribuer à couvrir le coût des services d'éducation spécialisée.
3. Avant que les Agences Locales d'Éducation (LEAs) ne puissent solliciter le remboursement des services, un consentement parental écrit unique est requis par la loi de 2004 sur l'Amélioration de l'Éducation des Personnes en Situation de Handicap (Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004 - IDEA) au titre de la partie 300 (Assistance aux États pour l'Éducation des Enfants en Situation de Handicap) et par la loi Droits Éducatifs et la Vie Privée des Familles (Family Educational Rights and Privacy Act - FERPA).
4. En donnant mon consentement, j'autorise l'Agence Locale d'Éducation (LEA) à partager les informations concernant mon enfant, telles que les dossiers ou les informations sur les services qui peuvent lui être fournis, avec le Ministère de l'Éducation de l'État de Pennsylvanie (PA Department of Education), le Ministère de la Protection Sociale de l'État de Pennsylvanie (PA Department of Public Welfare) et un médecin ou infirmier praticien afin de facturer l'assistance médicale pour les services reçus par mon enfant dans le cadre de son Plan Éducatif Individualisé (IEP). Cette divulgation d'informations a pour unique finalité la facturation des services fournis.
5. J'ai le droit de retirer votre 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 incombe toujours à l'Agence Locale d'Éducation (LEA) de fournir gratuitement les services nécessaires à mon enfant, tels qu'ils sont décrits dans son Plan Éducatif Individualisé (IEP).
6. Sur demande, je peux obtenir des copies des dossiers de mon enfant qui sont divulgués à la suite de cette autorisation.

J'ai pris connaissance de l'Avis et je donne mon consentement l'Agence Locale d'Éducation (LEA) pour partager les informations relatives à l'éducation et à la santé de mon enfant et pour facturer l'assistance médicale.

Signature du parent/tuteur _____

Nom complet de l'élève _____

Date de naissance _____ Date _____

Nom de l'école _____