

当地教育机构

宾夕法尼亚州 Medical Assistance 账单家长通知

我同意以下内容：

1. 依据学生的 IEP 规定，地方教育机构 (LEA) 有资格通过学校获取计划来为 3 至 21 岁的残障学生提供的某些具有医疗必要性的服务而获得联邦补偿。
2. LEA 对此补偿计划的使用不会以任何方式影响您孩子在校外接受的其他具有医疗必要性的承保服务。Medical Assistance 将继续支付此等服务之费用。SD 或 IU 从学校获取计划获得的任何补偿被用于帮助支付特殊教育服务之费用。
3. 在 LEA 可以申请服务补偿之前，根据 2004 年《残疾人教育改进法案》(IDEA) 第 300 部分（为残疾儿童提供教育的国家援助）和《家庭教育权利和隐私法案》(FERPA) 之规定，需要一次性的书面家长同意。
4. 通过提供同意，即表示我同意 LEA 与宾夕法尼亚州教育部、宾夕法尼亚州公众福利部以及医生或执业护师分享我孩子的信息（例如相关记录或向我孩子提供的服务信息），以便根据其 IEP 的部分内容为我孩子接受的服务向 Medical Assistance 开具账单。此次披露仅用于为所提供的服务开具账单。
5. 我有权随时撤销我的同意。撤销我的同意或不提供同意，不会影响我孩子正在学校接受的服务。此外，LEA 仍有责任按照其个人教育计划所述免费提供我孩子所需的服务。
6. 如有需要，我可以获得因此同意而披露的我孩子的记录副本。

_____ 我已经阅读此通知并且我同意 LEA 分享我孩子的教育和健康相关信息和向 Medical Assistance 开具账单。

家长/监护人签名_____

学生全名_____

出生日期_____ 日期_____

学校名称_____