

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

Estimado Padre o Tutor:

Se le está enviando este aviso para que esté plenamente informado de sus derechos, incluido su consentimiento antes de que un organismo público pueda tener acceso a los beneficios públicos o seguro de su hijo para pagar los servicios conforme a la Ley de Educación para Individuos con Discapacidad (IDEA).

Los Organismos Educativos Locales (LEA; *Local Educational Agencies*) tienen derecho a recibir reembolsos federales a través del Programa de Acceso Escolar por ciertos servicios necesarios según el criterio médico proporcionados a estudiantes con discapacidades de 3 a 21 años de acuerdo con el Programa de Educación Individualizada (IEP; *Individualized Education Program*) de los estudiantes. Ejemplos de los servicios cubiertos incluyen terapia del habla, terapia ocupacional y terapia física, y otros. El uso de los LEA de este programa de reembolsos NO afecta ni impacta de manera alguna a los demás servicios cubiertos que son médicamente necesarios y que se le proporcionan a su hijo fuera de la escuela. La Asistencia Médica seguirá pagando estos servicios. Cualquier reembolso que los LEA reciben del programa de Acceso Escolar es usado para ayudar a cubrir el costo de los servicios de educación especial.

Antes de que los LEA puedan solicitar el reembolso de los servicios, la Ley de Mejoramiento de la Educación para los Individuos con Discapacidades de 2004 (IDEA) requerirá un solo consentimiento de parte de los padres conforme a la Parte 300 (Asistencia a los Estados para la Educación de Niños con Discapacidades) y a la Ley sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA). Al firmar el documento de consentimiento paterno, usted está autorizando a los LEA a compartir la información de su hijo como son los expedientes o información acerca de los servicios que se le podrán proporcionar a su hijo con el Departamento de Educación de PA, el Departamento de Servicios Sociales de PA y un médico o enfermera practicantes a fin de que envíen la factura a Asistencia Médica por los servicios que su hijo recibe como parte de su IEP. El único objetivo de esta notificación es enviar la factura por los servicios proporcionados. No hay ningún requisito reglamentario para la firma por escrito de los padres con este aviso.

Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento. Retirar su consentimiento o no darlo, no afectará los servicios que su hijo recibe en la escuela. Aún así, es responsabilidad del LEA proporcionar todos los servicios requeridos de su hijo de manera gratuita para usted.

Dar el consentimiento para el reembolso también será gratuito a usted.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la Facturación a Asistencia Médica, por favor comuníquese con

_____.

Entiendo lo siguiente:

- Podré dar o denegar el permiso para que el LEA divulgue información sobre mi hijo a fin de recibir el reembolso de los servicios.
- El consentimiento solo se da una vez, pero puedo retirarlo en futuros servicios en cualquier momento.
- Mi respuesta negativa de dar el consentimiento no cambiará los servicios que mi hijo recibe conforme a su IEP.
- Ya sea que consienta o me niegue, no tendré que pagar estos servicios.
- A solicitud de mi parte, podré recibir copias de los expedientes de mi hijo que son dados a conocer a consecuencia de esta autorización.

_____ He leído este Aviso y entiendo las obligaciones del LEA, así como mis derechos paternos.

Nombre completo del Alumno _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

Nombre de la escuela _____