

**Consentimiento de los padres para que se facture a Asistencia Médica de PA**

Entiendo que:

1. 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.
2. 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 SD o IU reciben del programa de Acceso Escolar es usado para ayudar a cubrir el costo de los servicios de educación especial.
3. 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).
4. Al firmar el consentimiento, estoy autorizando a los LEA a compartir la información de mi hijo —como son expedientes o información acerca de los servicios que se le podrán proporcionar a mi hijo— con el Departamento de Educación de PA, el Departamento de Bienestar Público de PA y un médico o enfermera practicante a fin de que envíen la factura a Asistencia Médica por los servicios que mi hijo recibe como parte de su IEP. El único objetivo de esta notificación es enviar la factura por los servicios proporcionados.
5. Tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Retirar mi consentimiento o no dar el consentimiento, no afectará los servicios que mi hijo recibe en la escuela. Aún así, es responsabilidad de los LEA proporcionar los servicios que mi hijo requiere conforme a lo que está escrito en su Plan de Educación Individual sin ningún costo para mí.
6. A solicitud de mi parte, podré recibir copias de los expedientes de mi hijo que se dan a conocer a consecuencia de esta autorización.

\_\_\_\_\_ He leído la Notificación y doy mi consentimiento para que los LEA compartan la información relacionada con la educación y la salud de mi hijo y se facture a Asistencia Médica.

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_

Nombre completo del Alumno \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_