

पीए चिकित्सा सहायता बिलिंग अभिभावक सहमति

बच्चे का नाम _____

जन्म की तिथि _____

***** प्रारंभिक हस्तक्षेप

बच्चे का नाम:

भेजी जाने वाली तिथि:

माता-पिता/अभिभावक/सरोगेट का नाम और पता:

मैं समझता हूँ कि:

1. व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम (आईईपी) के अनुसार स्थानीय शैक्षिक एजेंसियां (एलईए) द्वारा छात्रों को 3-21 वर्ष की आयु के विकलांग छात्रों को प्रदान की जाने वाली कुछ चिकित्सकीय आवश्यक सेवाओं के लिए स्कूल-आधारित पहुंच (एक्सेस) कार्यक्रम के माध्यम से संघीय प्रतिपूर्ति प्राप्त करने के लिए पात्र हैं।
2. एलईए द्वारा प्रतिपूर्ति कार्यक्रम का उपयोग आपके बच्चे को स्कूल के बाहर प्रदान की जाने वाली किसी भी तरह से अन्य चिकित्सकीय रूप से आवश्यक, कवर की गई सेवाओं पर कोई असर या प्रभाव नहीं पड़ता है। इन सेवाओं के लिए चिकित्सा सहायता का भुगतान जारी रहेगा। एसडी या आईयू को स्कूल-आधारित पहुंच (एक्सेस) कार्यक्रम से प्राप्त होने वाली किसी भी प्रतिपूर्ति का उपयोग विशेष शिक्षा सेवाओं की लागत को कवर करने में मदद करने के लिए किया जाता है।
3. एलईए द्वारा सेवाओं की प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन करने से पहले, विकलांग व्यक्ति शिक्षा सुधार अधिनियम 2004 (आईडीईए) द्वारा भाग बी (विकलांग बच्चों की शिक्षा के लिए राज्यों को सहायता) के तहत और परिवार शैक्षिक अधिकार और गोपनीयता अधिनियम (एफईआरपीए) एक बार लिखित माता-पिता की सहमति आवश्यक होती है।
4. सहमति देकर, मैं एलईए को अपने बच्चे की जानकारी जैसे रिकॉर्ड या उन सेवाओं के बारे में जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत कर रहा हूँ जो मेरे बच्चे को उसके आईईपी के हिस्से के रूप में प्राप्त सेवाओं के लिए चिकित्सा सहायता बिल करने हेतु पीए शिक्षा विभाग, पीए मानव सेवा विभाग, और एक चिकित्सक या नर्स व्यवसायी (प्रेक्टिशनर) के साथ प्रदान की जाएगी। इस प्रकटीकरण का एकमात्र उद्देश्य प्रदान की गई सेवाओं के लिए बिल देना है।
5. मेरे पास पूरा अधिकार है कि मैं किसी भी समय अपनी सहमति वापिस ले सकता हूँ। मेरी सहमति वापिस लेने या सहमति न देने से मेरे बच्चे को स्कूल में मिलने वाली सेवाओं पर कोई असर नहीं पड़ेगा। यह अभी भी एलईए की जिम्मेदारी है कि वह मेरे बच्चे की आईईपी में लिखी गई आवश्यक सेवाएं मुझे बिना किसी खर्च के प्रदान करे।
6. अनुरोध करने पर, मुझे अपने बच्चे के रिकॉर्ड की प्रतियां प्राप्त हो सकें जो इस प्राधिकरण के परिणामस्वरूप प्रकट हुई हैं।

हम यही सुझाव देते हैं कि आप अपने रिकॉर्ड के लिए इस फॉर्म की एक प्रति अपने पास रखें।

पीए चिकित्सा सहायता बिलिंग अभिभावक सहमति

बच्चे का नाम _____

जन्म की तिथि _____

***** प्रारंभिक हस्तक्षेप

यदि आपका इससे संबंधित कोई प्रश्न है, या अगर आपको दुभाषिए सेवाओं की आवश्यकता है, तो कृपया मुझसे संपर्क करें।

नाम: _____ फ़ोन: _____

पद: _____ ईमेल: _____

माता-पिता/अभिभावक/सुरोक्त के लिए निर्देश: कृपया किसी एक विकल्प की जांच करें, इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करें और इसे वापस कर दें।

- मैंने यह नोटिस पढ़ लिया है और मैं एलईए को अपने बच्चे की शिक्षा और स्वास्थ्य संबंधी जानकारी और बिल चिकित्सा सहायता साझा करने के लिए सहमति देता हूँ
- मैंने यह नोटिस पढ़ लिया है और मैं एलईए को अपने बच्चे की शिक्षा और स्वास्थ्य संबंधी जानकारी और बिल चिकित्सा सहायता साझा करने की सहमति नहीं देता हूँ
- मैं पूर्वस्कूली प्रारंभिक हस्तक्षेप (प्रीस्कूल अर्ली इंटरवेंशन) कार्यक्रम के कर्मियों के साथ इस अनुरोध पर चर्चा करने के लिए एक अनौपचारिक बैठक का समय निर्धारित करना चाहता हूँ

यहां हस्ताक्षर करें:

माता-पिता/अभिभावक/सुरोक्त के हस्ताक्षर

तिथि

फ़ोन (दिन के समय उपलब्ध)

कृपया इस पूरे फॉर्म को यहां भेजें:

नाम:

पता:

इस फॉर्म के बारे में अधिक जानने में मदद के लिए, एक एनोटेड पीए चिकित्सा सहायता बिलिंग अभिभावक सूचना फॉर्म (मेडिकल असिस्टेंस बिलिंग पेरेंटल नोटिस फॉर्म) पैटान वेबसाइट www.pattan.net पर उपलब्ध है। वेबसाइट पर सर्च फीचर में "एनोटेड फॉर्म" ("Annotated Forms") टाइप करें।