

पीए चिकित्सा सहायता बिलिंग अभिभावक सूचना

बच्चे का नाम _____

जन्म की तिथि _____

*****प्रारंभिक हस्तक्षेप

भेजी जानी वाली तिथि:

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

प्रिय माता-पिता/अभिभावक/सुरोगेट:

यह नोटिस आपको इसलिए दिया जा रहा है ताकि विकलांग व्यक्ति शिक्षा अधिनियम (आईडीईए) के तहत सेवाओं के लिए भुगतान करने के लिए सार्वजनिक एजेंसी आपके बच्चे के सार्वजनिक लाभ या बीमा का उपयोग करने से पहले आपको अपनी सहमति के साथ अपने अधिकारों के बारे में पूरी तरह से बताया जा सके।

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। कवर की गई सेवाओं के उदाहरणों में भाषण चिकित्सा, व्यावसायिक चिकित्सा और भौतिक चिकित्सा, और अन्य शामिल हैं। 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 द्वारा किया गया भुगतान जारी रखा जाएगा। स्कूल-आधारित पहुंच (एक्सेस) कार्यक्रम से एलईए को प्राप्त होने वाली कोई भी प्रतिपूर्ति का उपयोग विशेष शिक्षा सेवाओं की लागत को कवर करने में मदद करने के लिए किया जाता है।

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। माता-पिता की सहमति दस्तावेज पर हस्ताक्षर करके, आप एलईए को अपने बच्चे की जानकारी जैसे रिकॉर्ड या उन सेवाओं के बारे में जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत कर रहे हैं जो आपके 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। इस नोटिस के साथ लिखित माता-पिता के हस्ताक्षर के लिए कोई नियामक रूप से आवश्यकता नहीं है।

आपको किसी भी समय अपनी सहमति वापिस लेने पूरा अधिकार है। आपकी सहमति वापस लेने या सहमति न देने से आपके 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 आपके बिना किसी खर्च के प्रदान करे।

प्रतिपूर्ति के लिए सहमति देने पर भी आपको कोई लागत नहीं देनी होगी।

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

पीए चिकित्सा सहायता बिलिंग अभिभावक सूचना

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: _____ फोन: _____

पद: _____ ईमेल: _____

मैं निम्न को समझता हूँ:

- मैं सेवाओं की प्रतिपूर्ति प्राप्त करने के लिए एलईए को अपने बच्चे के बारे में जानकारी जारी करने की अनुमति दे सकता हूँ या अनुमति देने से इनकार कर सकता हूँ।
- सहमति केवल एक बार दी जाती है लेकिन मैं आगे किसी भी की सेवाओं के लिए किसी भी समय वापस ले सकता हूँ।
- सहमति न देने से मेरे बच्चे को उसके आईईपी के तहत मिलने वाली सेवाओं में कोई बदलाव नहीं होगा।
- मेरे द्वारा सहमति देने या न इनकार करने से, मुझे इन सेवाओं के लिए भुगतान नहीं करना पड़ेगा।
- अनुरोध करने पर, मुझे अपने बच्चे के रिकॉर्ड की प्रतियां प्राप्त हो सकें जो इस प्राधिकरण के परिणामस्वरूप प्रकट हुई हैं।

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