

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΟΝΕΑ ΓΙΑ ΧΡΕΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΝΣΥΛΒΑΝΙΑ

Όνομα παιδιού _____

Ημερομηνία γέννησης _____

*****Πρώιμη παρέμβαση

Όνομα παιδιού:

Ημερομηνία αποστολής:

Όνομα και Διεύθυνση Γονέα/Κηδεμόνα/Παρένθετου γονέα:

Κατανοώ ότι:

1. Τα Τοπικά Εκπαιδευτικά Γραφεία (LEA) είναι κατάλληλα να λάβουν ομοσπονδιακή χρηματοδότηση μέσω του Προγράμματος Πρόσβασης με Βάση το Σχολείο για ορισμένες ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες που παρέχονται σε μαθητές με αναπηρίες ηλικίας 3-21 ετών σύμφωνα με το Εξατομικευμένο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα (IEP) των μαθητών.
2. Η χρήση αυτού του προγράμματος αποζημίωσης από τα LEA ΔΕΝ επηρεάζει με κανένα τρόπο άλλες ιατρικά απαραίτητες, καλυπτόμενες υπηρεσίες που παρέχονται στο παιδί σας εκτός σχολείου. Η ιατρική βοήθεια θα συνεχίσει να πληρώνει για αυτές τις υπηρεσίες. Κάθε αποζημίωση που λαμβάνουν οι SD ή IU από το Πρόγραμμα Πρόσβασης με Βάση το Σχολείο χρησιμοποιείται για να καλύπτει ειδικές εκπαιδευτικές υπηρεσίες.
3. Προτού τα LEA υποβάλλουν αίτηση για υπηρεσίες αποζημίωσης, απαιτείται μια εφάπαξ γραπτή συγκατάθεση γονέα σύμφωνα με το Νόμο Βελτίωσης Εκπαίδευσης Ατόμων με Αναπηρίες του 2004 (IDEA) υπό το Μέρος Β (Βοήθεια στις Πολιτείες για την Εκπαίδευση Παιδιών με Αναπηρίες) και το Νόμο περί Οικογενειακών Εκπαιδευτικών Δικαιωμάτων και Ιδιωτικού Απορρήτου (FERPA).
4. Δίνοντας τη συγκατάθεσή μου, εξουσιοδοτώ το LEA να κοινοποιήσει τις πληροφορίες του παιδιού μου όπως αρχεία ή πληροφορίες σχετικά με υπηρεσίες που ίσως παρέχονται στο παιδί μου στο Τμήμα Εκπαίδευσης της Πενσυλβάνια, στο Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών της Πενσυλβάνια, και σε ιατρό ή νοσοκόμα για να χρεωθεί η Ιατρική Βοήθεια για υπηρεσίες που λαμβάνει το παιδί μου ως μέρος του IEP του/της. Ο μόνος σκοπός αυτής της δημοσιοποίησης είναι για τη χρέωση παρεχόμενων υπηρεσιών.
5. Έχω το δικαίωμα να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή. Οι υπηρεσίες που λαμβάνει το παιδί μου στο σχολείο δεν θα επηρεαστούν εάν αποσύρω τη συγκατάθεσή μου ή εάν δεν δώσω συγκατάθεση. Αποτελεί ακόμη ευθύνη του LEA να παρέχει τις απαιτούμενες υπηρεσίες του παιδιού μου όπως είναι γραμμένες στο IEP του/της, χωρίς να χρεώνομαι εγώ.
6. Κατόπιν αίτησης, μπορώ να λάβω αντίγραφα των αρχείων του παιδιού μου που έχουν δημοσιευθεί ως αποτέλεσμα της παρούσας εξουσιοδότησης.

Συνιστούμε να κρατήσετε ένα αντίγραφο αυτού του εντύπου για το αρχείο σας.

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΟΝΕΑ ΓΙΑ ΧΡΕΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΝΣΥΛΒΑΝΙΑ

Όνομα παιδιού _____

Ημερομηνία γέννησης _____

*****Πρώιμη παρέμβαση

Εάν έχετε οτιδήποτε ερωτήσεις, ή εάν χρειάζεστε βοήθεια από διερμηνέα, επικοινωνήστε μαζί μου.

Όνομα: _____ Τηλέφωνο: _____

Θέση: _____ Email: _____

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ΠΑΡΕΝΘΕΤΟ ΓΟΝΕΑ: Τσεκάρετε μία από τις επιλογές, υπογράψτε αυτό το έντυπο, και επιστρέψτε το.

- Διάβασα την Ειδοποίηση και δίνω συγκατάθεση στο LEA να κοινοποιήσει τις πληροφορίες σχετικά με την εκπαίδευση και την υγεία του παιδιού μου και να χρεώσουν την Ιατρική Βοήθεια
- Διάβασα την Ειδοποίηση και **ΔΕΝ ΔΙΝΩ** συγκατάθεση στο LEA να κοινοποιήσει τις πληροφορίες σχετικά με την εκπαίδευση και την υγεία του παιδιού μου και να χρεώσουν την Ιατρική Βοήθεια
- Θα ήθελα να προγραμματίσω μια ανεπίσημη συνεδρίαση για να συζητήσω αυτήν την αίτηση με το προσωπικό προσχολικής πρώιμης παρέμβασης

ΥΠΟΓΡΑΨΤΕ ΕΔΩ:

Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα/Παρένθετου γονέα _____

Ημερομηνία _____

Τηλέφωνο ημέρας _____

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΕΠΙΣΤΡΕΨΤΕ ΟΛΟΚΛΗΡΟ ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΤΟΝ/ΣΤΗΝ:

Όνομα:

Διεύθυνση:

Για βοήθεια στην κατανόηση αυτού του εντύπου, υπάρχει διαθέσιμη μια σημειωμένη Ειδοποίηση Γονέων για Χρέωση Ιατρικής Βοήθειας στην Πενσυλβάνια στην ιστοσελίδα PaTTAN στο www.pattan.net. Δακτυλογραφήστε "Annotated Forms" στο κουτί Search (Έρευνας) στην ιστοσελίδα.