

# Private Provider - Access Agreement

## Completion Instructions **(PLEASE FOLLOW CAREFULLY)**

Page 1

- Please read
- **Please fill in name of therapist and name of agency**

Page 2

- Please read
- **Please leave date range blank**

Pages 3 – Page 9

- Please read

Page 10 -- **Please fill out the right-hand column ONLY (Private Instructional Personnel)**

- **Private Instructional Personnel:** the provider's information
  - Therapist signature. Print name, title of therapist, and date. (in blue ink or digital signature)
- **Attest (Witness):** the witness' information
  - Witness signature. Parent may be a witness to the therapist signature. Print name, title (parent), and date. (in blue ink or digital signature)

Page 11

- Please sign, print name, and date. (in blue ink or digital signature)

Page 12

- Please fill-in form in its **entirety**.
- Therapist license information **MUST** be filled in.
- Check the box for the appropriate type of therapist
- **Summary of Services to be provided:** What the therapist will be doing to service the student **ONLY, not in the classroom or with teacher**. **EXAMPLE: ABA therapy, SLP therapy, OT therapy, PT therapy**
  - Please **do not** place dates or times in this section. Dates and times will be determined, after the approval process, during your meeting with school administration.
- Please sign, print name, and date. (in blue ink or digital signature)

**\*\*Please provide proof of provider's liability insurance and workers compensation insurance. The Osceola County School District at 817 Bill Beck Boulevard, Kissimmee, Florida 34744 must be a certificate holder on the insurance forms as well as an additional insured. If the agency does not provide workers compensation insurance for the therapist, please use the following website link to apply for a Non-Construction, Workers Comp. Exemption: <https://www.myfloridacfo.com/division/wc/employer/exemptions/non-construction.htm>**

Please mail or hand deliver the completed access agreement, along with the insurance forms, to the ESE Department at 805 Bill Beck Boulevard, Kissimmee, Florida 34744, **Attention: Karen Glenn– If the forms have a date stamped electronic digital signature or are DocuSigned, they may be returned via email.**

\*\*If you have further questions or concerns, please call or email Karen Glenn at 407-343-8700 – [eseprivateprovider@osceolaschools.net](mailto:eseprivateprovider@osceolaschools.net)

Thank you!!

# Proveedor Privado – Acuerdo de Acceso

## Instrucciones para Completar el Formulario

### (Favor de seguir cuidadosamente)

#### Página 1

- Favor de leer
- **Favor de escribir el nombre del terapeuta y de la agencia**

#### Página 2

- Favor de leer
- **Favor de dejar en blanco el intervalo de fechas**

#### Página 3 a la página 9

- Favor de leer

#### Página 10 – **Favor de completar la columna de la derecha SOLAMENTE (Personal privado de instrucción)**

- **Personal privado de instrucción:** la información del proveedor
  - Firma del terapeuta. Nombre en letra de molde, título del terapeuta y fecha. **(con tinta azul o firma digital)**
- **Certificar (testigo):** información del testigo
  - Firma del testigo. El padre puede ser testigo de la firma del terapeuta. Nombre en letra de molde, título (padre) y fecha. **(con tinta azul o firma digital)**

#### Página 11

- Favor de firmar, escribir el nombre en letra de molde y la fecha **(con tinta azul o firma digital)**

#### Página 12

- Favor de llenar el formulario **completamente**.
- La información de la licencia del terapeuta **DEBE** ser completada.
- Marque la casilla para el tipo apropiado de terapeuta
- **Resumen de servicios a ser provistos:** Lo que hará el terapeuta para servir al estudiante **SOLAMENTE**. **EJEMPLO: terapia ABA, terapia SLP, terapia OT, terapia PT**
  - Favor de no poner fechas u horas en esta sección. Las fechas y horarios se determinarán, después del proceso de aprobación, durante su reunión con la administración de la escuela.
- Favor de firmar, escribir el nombre en letra de molde y la fecha. **(con tinta azul o firma digital)**

**\*\*Favor de proporcionar prueba de seguro de responsabilidad y seguro de compensación laboral del proveedor. The Osceola County School District en 817 Bill Beck Boulevard, Kissimmee, Florida 34744 debe ser el titular del certificado en los formularios del seguro. Si la agencia no proporciona un seguro de compensación a los trabajadores para el terapeuta, por favor, utilice el siguiente enlace del sitio web para solicitar una exención de compensación a los trabajadores no relacionados con la construcción. (no hay ningún coste por hacerlo): <https://www.myfloridacfo.com/division/wc/employer/exemptions/non-construction.htm>**

Favor de enviar por correo o entregar personalmente el acuerdo de acceso completado, junto con los formularios del seguro, al Departamento de Educación para Estudiantes Excepcionales (ESE, por sus siglas en inglés) en el 805 Bill Beck Boulevard, Kissimmee, Florida 34744. **Atención: Karen Glenn– Si los formularios tienen una firma digital electrónica con fecha o son DocuSigned, pueden ser devueltos por correo electrónico.**

\*\*Si tiene preguntas o alguna preocupación, favor de comunicarse con Karen al 407-343-8700 - [esprivateprovider@osceolaschools.net](mailto:esprivateprovider@osceolaschools.net)

¡Gracias!