|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte* | | | | | | | | | | | |  | |
| *Aviso Previo por Escrito y Consentimiento para la Evaluación y Pruebas* | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del niño: |  | | | Fecha de nacimiento: | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | | | |
| **Motivo de la Aviso Previo por Escrito:** Esto es para notificarle que los reglamentos federales y estatales requieren que el Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte le de un aviso previo por escrito diez (10) días antes para llevar a cabo la evaluación y las actividades de pruebas. Usted puede estar de acuerdo de que la acción(es) propuesta(s) se realicen antes y no esperar los diez (10) días. | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ***Seleccione las acciones apropiadas para las que se le dio previo aviso por escrito y usted dio su consentimiento*** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD** | | **PRUEBAS DEL NIÑO** | | | | | | | | | | |
| **Acción Propuesta:**  Evaluación inicial para determinar la elegibilidad **O**  Evaluación después de la inscripción para determinar la elegibilidad | | **Acción Propuesta:**  Pruebas y análisisinicial del niño  Prueba y análisis del niño después de la inscripción para ayudar con la planificación de intervenciones. | | | | | | | | | | |
| **Acción: Evaluación de Elegibilidad**  **Razón:** El propósito de la evaluación es determinar la elegibilidad inicial o permanente de su hijo para el Programa de Infantes-Niños de NC (NC ITP). | | **Acción: Pruebas y análisis inicial del Niño**  **Razón**: Una pruebas y análisisdel niño se hace para los niños elegibles antes del desarrollo inicial del plan IFSP para informar la planificación de intervenciones. Pruebas adicionales puede llevarse a cabo después de la inscripción, según sea necesario para ayudar con la planificación de las intervenciones en curso. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Consentimiento para la Evaluación de Elegibilidad** | | **Consentimiento para la Pruebas del Niño** | | | | | | | | | | |
| He sido **completamente notificado** con toda la información pertinente para la evaluación de elegibilidad. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Entiendo que mi hijo no recibirá la evaluación de elegibilidad a menos que yo dé mi consentimiento por escrito. | | He sido **completamente notificado** con toda la información pertinente para las pruebas del niño. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Entiendo que mi hijo no recibirá la pruebas a menos que yo dé mi consentimiento por escrito. | | | | | | | | | | |
| ***(iniciales)*** Doy mi consentimiento para que el programa NC ITP lleve a cabo la evaluación de elegibilidad como se describió anteriormente. | | ***(iniciales)*** Doy mi consentimiento para que el programa NC ITP lleve a cabo las pruebas del niño como se describió anteriormente. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Consentimiento para facturar al seguro médico / Medicaid** | | | | | | | | | | | | |
| ***(iniciales)*** He recibido una copia de la ***Notificación del Sistema de Pagos del Programa NC ITP.*** Las notificaciones relacionadas con la facturación de los beneficios del seguro público y privado se me han explicado y yo los entiendo.        ***(iniciales)*** Entiendo que las actividades de la evaluación, valoración y de coordinación servicios se ofrecen sin costo para todas las familias, independientemente de su consentimiento para la facturación de los beneficios de seguros privados o públicos.  Yo doy  Yo no doy mi consentimiento para que el programa NC ITP y los proveedores de servicios autorizados facturen a mi seguro privado y/o el seguro público (Medicaid), en el expediente de mi hijo, para la Evaluación de Elegibilidad y/o la Pruebas del Niño (y actividades de coordinación de los servicios relacionados, según corresponda antes de iniciar el desarrollo del plan IFSP). Autorizo la divulgación de información médica o clínica necesaria para tramitar la reclamación del seguro. Si mi hijo está cubierto por un seguro privado y Medicaid, entiendo que la política de Medicaid es que el seguro privado debe ser facturado en primer lugar, para poder acceder a los beneficios de Medicaid. | | | | | | | | | | | | |
| Firma del Padre | | |  | | | Fecha | | | | | | |
| **Aviso para los Padres de los Derechos y Garantías Procesales de los Niños y sus Familias:** Se le proporciona una copia del documento de los ***Derechos del Niño y la Familia del Programa de Infantes-Niños de Carolina del Norte*** y los derechos y las garantías procesales pertinentes deben ser revisados y explicados como proceso adjunto a toda forma de aviso previo por escrito. Esta información incluye todas las garantías procesales que están disponibles, incluyendo una descripción de la mediación, de debido proceso y los procedimientos para poner una queja con el estado y los plazos para los procedimientos. | | |  | | | **Para uso de la agencia CDSA** (marque y llene todas las opciones que apliquen): | | | | | | |
|  | | |  | | |  | Aviso enviado por correo el | | |  | | |
|  | | |  | | |  | Aviso entregado en persona el | | | |  | |
|  | | |  | | |  | El padre acordó que | |  | | | |
|  | | |  | | |  | para que la acción propuesta (s) se realice antes y no se espere los diez (10) días antes del aviso previo. | | | | | |