|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Notisi ya Kuandikwa Mapema** | | | | | |
| **Sababu za Notisi Kuandikwa Mapema:** Notisi ya kuandikwa mapema lazima itolewe kwa wazazi siku kumi (10) kabla ya Mpango wa Infant-Toddlerwa North Carolina (NC ITP) kupendekeza, au kukataa, kuanzisha au kubadilisha utoaji wa huduma za uingiliaji wa mapema kwa mtoto na familia yako. Unaweza kukubali hatua inayopendekezwa (zinazopendekezwa) kutokea mapema na zisisubiri siku kumi (10).  **Hatua Inayopendekezwa:** Kuanzisha huduma zilizoorodheshwa kwenye IFSP ambazo idhini imetolewa, kulingana na Mpango wa Utoaji Huduma.  **Sababu za Kuchukua Hatua:** Baada ya kujadili maelezo yote ya tathmini/uchunguzi, ikiwa ni pamoja na uchunguzi, masuala, vipaumbele na rasilimali za familia, timu ya IFSP, ikiwa pamoja na familia, ilikubaliana kuhusu huduma za uingiliaji wa mapema na usaidizi mwingine utakaotolewa ili kufikia matokeo yaliyowekwa. | | | | | |
| **Notisi ya Haki na Taratibu za Ulinzi** | | | | | |
|  | *(Herufi)* Nimepokea nakala ya ***Notisi ya Mpango wa Infant-Toddler Haki za Mtoto na Familia*** pamoja na notisi hii iliyoandikwa mapema. Taarifa hii inajumuisha utaratibu wote wa ulinzi wote wa unaopatikana, ikijumuisha maelezo ya taratibu za malalamiko na muda wa taratibu hizo. Nimeelezewa kuhusu haki hizi na ninazielewa. | | | | |
| **Idhini ya Mzazi kwa Utoaji wa Huduma za Uingiliaji wa Mapema** | | | | | |
| Nilihusika katika kutayarisha IFSP. Ninaelewa kuwa idhini yangu ni ya hiari na inaweza kubatilishwa kwa kuandikwa wakati wowote. Ninaelewa kuwa ninaweza kukataa kupokea huduma bila kuhatarisha huduma nyingine zozote ya (za) uingiliaji mapema. Ninaelewa kuwa mtoto wangu hatapokea huduma za NC ITP zilizotambuliwa kwenye IFSP kabla sijatoa idhini yangu kwa kuandika. | | | | | |
| **Teua mojawapo ya maelezo yafuatayo:** | | | | | |
| **Ninatoa idhini yangu kwa NC ITP na watoa huduma kutoa huduma kuipa NC ITP zilizoainishwa kwenye IFSP hii na kutekeleza shughuli zote kama zilivyoakaguliwa kwenye IFSP hii.** | | **Ninakubali Mpango wa Infant-Toddler wa NC na watoa huduma kutoa huduma na shughuli za NC ITP zilizoorodheshwa kwenye IFSP.** | | | |
|  | **Mimi sikubali mtoto wala familia yangu kupokea: (bainisha)** | | | |  |
|  | **— NA —** | | | |  |
| **Ninaidhinisha NC ITP na watoa huduma kutoa huduma nyingine zote za NC ITP na kutekeleza shughuli nyingine zote zilizoorodheshwa kwenye IFSP hii, BILA KUJUMUISHA huduma nilizobainisha hapa.** | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **Idhini ya Kutoza Bima au Medicaid** | | |  |  | |
|  | **(*herufi)*** Nimepokea nakala ya ***Mfumo wa Arifa ya Malipo wa ITP wa NC***. Nimefafanuliwa kuhusu arifa zinazohusiana na utozaji faida za bima ya binafsi na ya umma na ninazielewa. | | | | |
|  | ***(herufi)*** Taarifa ya bima iliyo kwenye rekodi ya mtoto wangu ni ya sasa na sahihi. | | | | |
|  | ***(herufi ya jina ikiwa inatumika)*** Ninaelewa kwamba ikiwa mtoto wangu analindwa na bima ya binafsi na Medicaid, bima ya binafsi lazima itozwe kwanza chini ya Sera ya Medicaid, kabla ya manufaa ya Medicaid kufikiwa.  **Teua mojawapo wa maelezo yafuatayo:** | | | | |
|  | Ninaidhinisha NC ITP na watoa huduma wake walioidhinishwa kulipia bima ya binafsi na/au Medicaid iliyo kwenye rekodi kwa mtoto wangu kwa huduma zote za uingiliaji mapema kama ilivyobainishwa kwenye IFSP hii. Ninaidhinisha kutolewa kwa maelezo ya matibabu au ya kimatibabu muhimu ili kushughulikia dai la bima. **— AU —** | | | | |
|  | Ninakubali NC ITP na watoa huduma walioidhinishwa kulipia bima ya binafsi na / au Medicaid, kwenye rekodi ya mtoto wangu, kwa huduma za uingiliaji wa mapema zilizotambuliwa kwenye IFSP hii ***isipokuwa*** zifuatazo *(tafadhali taja)* | | | | |
|  | | |  |  | |
| Saini ya Mzazi/Mlezi na Tarehe | | |  | Saini ya Mzazi/Mlezi na Tarehe | |
|  | | |  |  | |
| Saini ya Mratibu wa Huduma wa El/ na Tarehe | | |  | Saini ya Mwakilishi wa Shirika au Aliyeteuliwa/Shirika na Tarehe | |
|  | | |  |  | |
| Saini Nyingine na Tarehe | | |  | Saini Nyingine na Tarehe | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarehe ya Ukaguzi** | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| KIPINDI CHA UKAGUZI   Nusu ya Mwaka  Kila Mwaka  Nyingine | | | | | | | | | Tarehe Lengwa ya Ukaguzi Ujao |
| **Notisi ya Kuandikwa Mapema** | | | | | | | | | |
| **Sababu za Notisi Kuandikwa Mapema:** Notisi ya kuandikwa mapema lazima itolewe kwa wazazi siku kumi (10) kabla ya Mpango wa Infant-Toddler wa North Carolina (NC ITP) kupendekeza, au kukataa, kuanzisha au kubadilisha utoaji wa huduma za uingiliaji wa mapema kwa mtoto na familia yako. Unaweza kukubali hatua inayopendekezwa (zinazopendekezwa) kutokea mapema na zisisubiri siku kumi (10).  **Hatua Inayopendekezwa:** Kuanzisha au kubadilisha huduma zilizoorodheshwa kwenye IFSP ambazo idhini imetolewa, kulingana na Mpango wa Utoaji Huduma.  **Sababu za Kuchukua Hatua:** Baada ya kujadili maelezo yote ya tathmini/uchunguzi, ikiwa ni pamoja na uchunguzi , masuala, vipaumbele na rasilimali za familia, timu ya IFSP, ikiwa pamoja na familia, ilikubaliana kuhusu huduma za uingiliaji wa mapema na usaidizi mwingine utakaotolewa ili kufikia matokeo yaliyowekwa. | | | | | | | | | |
| **Notisi ya Haki na Taratibu za Ulinzi** | | | | | | | | | |
|  | Nimepokea nakala ya ***Notisi ya Mpango wa Infant-Toddler Haki za Mtoto na Familia*** pamoja na notisi hii iliyoandikwa mapema. Taarifa hii inajumuisha utaratibu wote wa ulinzi wote wa unaopatikana, ikijumuisha maelezo ya taratibu za malalamiko na muda wa taratibu hizo. Nimeelezewa kuhusu haki hizi na ninazielewa. | | | | | | | | |
| **Idhini ya Mzazi kwa Utoaji wa Huduma za Uingiliaji wa Mapema** | | | | | | | | | |
| Nilihusika katika kutayarisha IFSP. Ninaelewa kuwa idhini yangu ni ya hiari na inaweza kubatilishwa kwa kuandikwa wakati wowote. Ninaelewa kuwa ninaweza kukataa kupokea huduma bila kuhatarisha huduma nyingine zozote ya (za) uingiliaji mapema. Ninaelewa kuwa mtoto wangu hatapokea huduma za NC ITP zilizotambuliwa kwenye IFSP kabla sijatoa idhini yangu kwa kuandika. | | | | | | | | | |
| **Teua mojawapo ya maelezo yafuatayo:** | | | | | | | | | |
|  | | **Ninakubali Mpango wa Infant-Toddler wa NC na watoa huduma kutoa huduma na shughuli za NC ITP zilizobainishwa kwenye IFSP.** | | | | | | | |
|  | | **Mimi sikubali mtoto wala familia yangu kupokea: (bainisha)** | | | | | |  | |
| — **NA** — | | | | | | | |  | |
| **Ninaidhinisha NC ITP na watoa huduma kutoa huduma nyingine zote za NC ITP na kutekeleza shughuli nyingine zote zilizoorodheshwa kwenye IFSP hii, BILA KUJUMUISHA huduma nilizobainisha hapa.** | | | | | | | |  | |
|  | |
| **Idhini ya Kutoza Medicaid** | | | | |  | |  | | |
|  | | **(*herufi)*** Nimepokea nakala ya ***Mfumo wa Arifa ya Malipo wa ITP wa NC***. Nimefafanuliwa kuhusu arifa zinazohusiana na utozaji faida za bima ya binafsi na ya umma na ninazielewa. | | | | | | | |
|  | | ***(herufi)*** Taarifa ya bima iliyo kwenye rekodi ya mtoto wangu ni ya sasa na sahihi. | | | | | | | |
|  | | ***(Herufi ya jina ikiwa inatumika)*** Ninaelewa kwamba ikiwa mtoto wangu analindwa na bima ya binafsi na Medicaid, bima ya binafsi lazima itozwe kwanza chini ya Sera ya Medicaid, kabla ya manufaa ya Medicaid kufikiwa. | | | | | | | |
|  | | **Teua mojawapo wa maelezo yafuatayo:** | | | | | | | |
|  | | Ninaidhinisha NC ITP na watoa huduma walioidhinishwa kulipisha bima ya binafsi na/au Medicaid iliyo kwenye rekodi kwa mtoto wangu kwa huduma zote za uingiliaji wa mapema kama ilivyobainishwa kwenye IFSP hii ikijumuisha ongezeko la marudio, urefu, muda au ukubwa. Ninaidhinisha kutolewa kwa maelezo ya matibabu au ya kimatibabu muhimu ili kushughulikia dai la bima. **— AU —** | | | | | | | |
|  | | Ninaidhinisha NC ITP na watoa huduma walioidhinishwa kulipia bima ya binafsi na/au Medicaid, kwenye rekodi ya mtoto wangu, kwa huduma yoyote mpya ya kuingilia mapema au kwa ongezeko lolote la marudio, urefu, muda au ukubwa wa huduma zilizotambuliwa wakati wa mkutano huu wa ukaguzi wa IFSP, ***isipokuwa*** wafuatao *(tafadhali taja)* | | | | | | | |
| **Ukaguzi wa Muhtasari wa Matokeo ya Familia** | | | | | | | | | |
|  | | | Katika ukaguzi wa nusu mwaka, Utafiti wa Matokeo ya Familia ulijadiliwa. Nilipewa nafasi ya kukamilisha utafiti. | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | |
| Saini ya Mzazi/Mlezi na Tarehe | | | | | |  | | Saini ya Mzazi/Mlezi na Tarehe | |
|  | | | | | |  | |  | |
| Saini ya Mratibu wa Huduma wa El/ na Tarehe | | | | | |  | | Saini ya Mwakilishi wa Shirika au Aliyeteuliwa/Shirika na Tarehe | |
|  | | | | | |  | |  | |
| Saini Nyingine na Tarehe | | | | | |  | | Saini Nyingine na Tarehe | |