|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **预先书面通知** | | | | |
| **事先书面通知的原因：** 北卡罗来纳州婴幼儿计划 (NC ITP) 建议或拒绝启动或改变为您的孩子和家人提供早期干预服务的，需提前十 (10) 天书面通知家长。您可能会同意建议的行动尽快进行，而不是等待十 (10) 天。  **建议采取的行动：**根据服务提交计划，启动 IFSP 上所列的经同意的服务。  **采取行动的原因**：在讨论了所有评价/评估信息，包括家庭观察、关切、优先考虑事项和资源后，包括家庭在内的 IFSP 小组成员就为实现既定结果而提供的早期干预服务和其他支持达成一致。 | | | | |
| **权利通知和程序保障** | | | | |
|  | *（首字母）*本人已收到本事先书面通知随附的***北卡罗来纳州婴幼儿计划通知——儿童和家庭权利***。这些信息包括所有可用的程序保障措施，包括对申诉程序和这些程序的时间表的描述。这些权利均已告知本人，本人表示了解。 | | | |
| **提供早期干预服务的家长同意书** | | | | |
| 本人参与了该 IFSP 的制定。本人了解，本人可自愿选择是否同意，并可以随时以书面形式撤销同意。本人了解，本人可以在不影响任何其他早期干预服务的情况下拒绝一项或多项服务。本人了解，除非本人书面同意，否则本人的孩子不会接受 IFSP 上确定的 NC ITP 服务。 | | | | |
| **请勾选其中一项：** | | | | |
|  | **本人同意北卡罗来纳州婴幼儿计划和服务提供方提供 IFSP 上所列的 NC ITP 服务和活动。** | | | |
|  | **本人拒绝让本人的孩子或家人收到：（具体说明）** | | |  |
|  | **-以及-** | | |  |
| **本人同意 NC ITP 和服务提供方提供所有其他 NC ITP 服务，并执行本 IFSP 上所列的所有其他活动，不包括本人在此处注明的服务。** | | | |  |
|  | | | |  |
| **保险/Medicaid 医疗补助结算同意书** | |  |  | |
|  | **（*首字母*）**本人已收到 ***NC ITP 支付系统通知***的副本。本人已收到关于私人和公共保险保险金结算的通知，并表示理解。 | | | |
|  | **（*首字母*）**本人子女的保险信息是最新且准确的。 | | | |
|  | **（*首字母，如适用*）**本人了解，如果本人的孩子参加了商业保险和 Medicaid 医疗补助，在获得 Medicaid 赔偿之前，必须首先根据 Medicaid 保单结算私人保险。  **请勾选其中一项：** | | | |
|  | 本人同意 NC ITP 及其授权服务提供方为本人的孩子结算私人保险和/或 Medicaid 医疗补助，以用于本 IFSP 上确定的所有早期干预服务。本人特此授权发布处理保险索赔所需的医疗或临床信息。**-或-** | | | |
|  | 本人同意 NC ITP 和授权服务提供方为本人的孩子结算私人保险和/或 Medicaid 医疗补助并备案，以用于本 IFSP 上确定的早期干预服务，***但***以下情况除外*（请具体说明）* | | | |
|  | |  |  | |
| 父母/监护人签名和日期 | |  | 父母/监护人签名和日期 | |
|  | |  |  | |
| 早期干预服务协调员签名和日期 | |  | 机构代表或指定人员签名/机构和日期 | |
|  | |  |  | |
| 其他签名和日期 | |  | 其他签名和日期 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **审查日期** | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 审查周期   半年度  年度  其他 | | | | | | | | 下次审查的目标日期 |
| **预先书面通知** | | | | | | | | |
| **事先书面通知的原因：** 北卡罗来纳州婴幼儿计划 (NC ITP) 建议或拒绝启动或改变为您的孩子和家人提供早期干预服务的，需提前十 (10) 天书面通知家长。您可能会同意建议的行动尽快进行，而不是等待十 (10) 天。  **建议采取的行动：**根据服务提交计划，启动或变更 IFSP 上所列的经同意的服务。  **采取行动的原因**：在讨论了所有评价/评估信息，包括家庭观察、关切、优先考虑事项和资源后，包括家庭在内的 IFSP 小组成员就为实现既定结果而提供的早期干预服务和其他支持达成一致。 | | | | | | | | |
| **权利通知和程序保障** | | | | | | | | |
|  | | 本人已收到本事先书面通知随附的***北卡罗来纳州婴幼儿计划通知——儿童和家庭权利***。这些信息包括所有可用的程序保障措施，包括对申诉程序和这些程序的时间表的描述。这些权利均已告知本人，本人表示了解。 | | | | | | |
| **提供早期干预服务的家长同意书** | | | | | | | | |
| 本人参与了该 IFSP 的制定。本人了解，本人可自愿选择是否同意，并可以随时以书面形式撤销同意。本人了解，本人可以在不影响任何其他早期干预服务的情况下拒绝一项或多项服务。本人了解，除非本人书面同意，否则本人的孩子不会接受 IFSP 上确定的 NC ITP 服务。 | | | | | | | | |
| **请勾选其中一项：** | | | | | | | | |
|  | | **本人同意北卡罗来纳州婴幼儿计划和服务提供方提供 IFSP 上所列的 NC ITP 服务和活动。** | | | | | | |
|  | | **本人拒绝让本人的孩子或家人收到：（具体说明）** | | | | |  | |
| -**以**及- | | | | | | |  | |
| **本人同意 NC ITP 和服务提供方提供所有其他 NC ITP 服务，并执行本 IFSP 上所列的所有其他活动，不包括本人在此处注明的服务。** | | | | | | |  | |
|  | |
| **保险结算同意书** | | | |  | |  | | |
|  | | **（*首字母*）**本人已收到 **NC ITP 支付系统通知**的副本。本人已收到关于私人和公共保险保险金结算的通知，并表示理解。 | | | | | | |
|  | | **（*首字母*）**本人子女的保险信息是最新且准确的。 | | | | | | |
|  | | **（*首字母，如适用*）**本人了解，如果本人的孩子参加了商业保险和 Medicaid 医疗补助，在获得 Medicaid 赔偿之前，必须首先根据 Medicaid 保单向商业保险结算 | | | | | | |
|  | | **请勾选其中一项：** | | | | | | |
|  | | 本人同意 NC ITP 及其授权服务提供方为本人的孩子结算私人保险和/或 Medicaid 医疗补助，以用于本 IFSP 上确定的所有早期干预服务，包括频率、长度、持续时间或强度的增加。本人特此授权发布处理保险索赔所需的医疗或临床信息。**-或-** | | | | | | |
|  | | 本人同意 NC ITP 和授权服务提供方为本人的孩子结算私人保险和/或 Medicaid 医疗补助并备案，以用于任何新增早期干预服务或本 IFSP 审核会期间确定的服务频率、长度、持续时间或强度的任何增加，**但**以下情况除外（*请具体说明*） | | | | | | |
| **家庭结果摘要评审** | | | | | | | | |
|  | 半年度评审中讨论了本《家庭结果调查表》。本人有机会完成调查。 | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | |
| 父母/监护人签名和日期 | | | | |  | | 父母/监护人签名和日期 | |
|  | | | | |  | |  | |
| 早期干预服务协调员 (EISC) 签名和日期 | | | | |  | | 机构代表或指定人员签名/机构和日期 | |
|  | | | | |  | |  | |
| 其他签名和日期 | | | | |  | | 其他签名和日期 | |