|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Предварительное письменное уведомление** | | | | | |
| **Причина предварительного письменного уведомления**: Предварительное письменное уведомление должно быть предоставлено родителям за десять (10) дней до того, как Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста (NC ITP) предложит или откажется инициировать или изменить предоставление услуг раннего вмешательства для вашего ребенка и семья. Вы можете согласиться на то, чтобы предлагаемые действия были выполнены раньше и не ждать десять (10) дней.  **Предлагаемое действие**: инициировать услуги, перечисленные в IFSP, для которых предоставлено согласие, в соответствии с Индивидуальным планом предоставления услуг.  **Основания для принятия услуг**: после обсуждения всей информации об оценке/анализе, включая семейные наблюдения, опасения, приоритеты и ресурсы, команда IFSP, включая семью, согласилась на услуги раннего вмешательства и другую поддержку, которые должны быть предоставлены для достижения установленных результатов. | | | | | |
| **Уведомление о правах и процедурных гарантиях** | | | | | |
|  | *(Иннициалы)*  Я получил копию Уведомления о правах ребенка и семьи в рамках ***программы штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста*** вместе с этим предварительным письменным уведомлением. Это уведомление включает в себя все доступные процедурные гарантии, включая описание процедур рассмотрения жалоб и сроки предоставления. Мне объяснили эти права, и я их понимаю. | | | | |
| **Согласие родителей на предоставление услуг раннего вмешательства** | | | | | |
| Я участвовал в разработке данного IFSP. Я понимаю, что мое согласие является добровольным и может быть отозвано в письменной форме в любое время. Я понимаю, что могу отказаться от одной из услуг или комплекса услуг, не ставя под угрозу другие услуги раннего вмешательства. Я понимаю, что мой ребенок не будет получать услуги программы штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста, указанные в IFSP, если я не дам на это свое письменное согласие. | | | | | |
| **Отметьте один из следующих пунктов:** | | | | | |
|  | **Я даю согласие на предоставление программе штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста и поставщиками услуг и иных действий NC ITP, перечисленных в индивидуальном плане.** | | | | |
|  | **Я отказываюсь от получения моим ребенком или семьей: (укажите)** | | | |  |
|  | **— И —** | | | |  |
| **Я даю согласие на то, чтобы NC ITP и поставщики услуг предоставляли иные услуги NC ITP и выполняли иные действия, перечисленные в указанном IFSP, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ услуги или услуг, которые я указал выше.** | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **Согласие на выставление счетов на страхование/медикейд (медпомощь)** | | |  | |  |
|  | (инициалы) Я получил копию ***Системы уведомления о платежах* *NC ITP***. Уведомления, связанные с выставлением счетов за частные и государственные страховые выплаты, были мне разъяснены, и я их понимаю. | | | | |
|  | *(инициалы)* Информация о страховании моего ребенка актуальна и точна. | | | | |
|  | (Инициалы**, если применимо**) Я понимаю, что если мой ребенок застрахован частной медицинской страховкой и программой медпомощи, то в соответствии с политикой Медикейд сначала должен быть выставлен счет в частную страховую компанию, прежде чем можно будет получить доступ к льготной медицинской помощи.  **Укажите один из следующих пунктов:** | | | | |
|  | Я даю согласие на то, чтобы NC ITP и уполномоченные поставщики услуг выставляли счета частной страховой компании и/или страховой компании Медикейд, где застрахован мой ребенок за все услуги раннего вмешательства, указанные в данном IFSP, включая увеличение срока использования, продолжительности или интенсивности услуг. Я разрешаю раскрытие медицинской или клинической информации, необходимой для обработки данных страховой компанией **— ИЛИ —** | | | | |
|  | Я даю согласие на то, чтобы NC ITP и уполномоченные поставщики услуг выставляли счет в частную страховую компанию и/или страховую компанию Медикейд, туда, где зарегистрирован мой ребенка, за любую новую услугу раннего вмешательства или за любое увеличение частоты, продолжительности или интенсивности услуг, определенных во время обсуждения IFSP), за **исключением следующего** *(пожалуйста, уточните)* | | | | |
|  | |  | |  | |
| Подпись родителя/опекуна и дата | |  | | Подпись родителя/опекуна и дата | |
|  | |  | |  | |
| Подпись и дата координатора службы раннего вмешательства | |  | | Подпись представителя агентства или назначенного лица/Агентство и дата | |
|  | |  | |  | |
| Другая подпись и дата | |  | | Другая подпись и дата | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата проверки** | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ЦИКЛА ОБЗОРА  ПОЛУГОДОВОЙ  ЕЖЕГОДНЫЙ  ДРУГОЙ | | | | | | | | | Целевая дата следующего обзора |
| **Предварительное письменное уведомление** | | | | | | | | | |
| **Причина предварительного письменного уведомления**: Предварительное письменное уведомление должно быть предоставлено родителям за десять (10) дней до того, как Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста (NC ITP) предложит или откажется инициировать или изменить предоставление услуг раннего вмешательства для вашего ребенка и семья. Вы можете согласиться на то, чтобы предлагаемые действия были выполнены раньше и не ждали десять (10) дней.  **Предлагаемое действие**: инициировать услуги, перечисленные в IFSP, для которых предоставлено согласие, в соответствии с Планом предоставления услуг.  **Основания для принятия мер**: после обсуждения всей информации об оценке/оценке, включая семейные наблюдения, опасения, приоритеты и ресурсы, команда IFSP, включая семью, согласилась на услуги раннего вмешательства и другую поддержку, которые должны быть предоставлены для достижения установленных результатов. | | | | | | | | | |
| **Уведомление о правах и процедурных гарантиях** | | | | | | | | | |
|  | *(изначальная)* Я получил копию Уведомления о правах ребенка и семьи в рамках ***программы штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста*** вместе с этим предварительным письменным уведомлением. Эта информация включает в себя все доступные процедурные гарантии, включая описание процедур рассмотрения жалоб и сроки этих процедур. Мне объяснили эти права, и я их понимаю. | | | | | | | | |
| **Согласие родителей на предоставление услуг раннего вмешательства** | | | | | | | | | |
| Я участвовал в разработке этого IFSP. Я понимаю, что мое согласие является добровольным и может быть отозвано в письменной форме в любое время. Я понимаю, что могу отказаться от услуги или услуг, не ставя под угрозу другие услуги раннего вмешательства. Я понимаю, что мой ребенок не будет получать услуги NC ITP, указанные в IFSP, если я не даю свое письменное согласие. | | | | | | | | | |
| **Проверьте одно из следующего:** | | | | | | | | | |
|  | | **Я даю согласие на предоставление программой штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста и поставщиками услуг и мероприятий NC ITP, перечисленных в IFSP.** | | | | | | | |
|  | | **Я отказываюсь от получения моим ребенком или семьей: (укажите)** | | | | | |  | |
| — **И** — | | | | | | | |  | |
| **Я даю согласие на то, чтобы NC ITP и поставщики услуг предоставляли все другие услуги NC ITP и выполняли все другие действия, перечисленные в этом IFSP, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ услуги или услуг, которые я указал здесь** | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | |  | |
| **Согласие на страхование счетов** | | | | |  | |  | | |
|  | | (**изначальная**) Я получил копию **Системы уведомления о** **платежах NC ITP**. Уведомления, связанные с выставлением счетов за частные и государственные страховые выплаты, были мне разъяснены, и я их понимаю. | | | | | | | |
|  | | **(изначальная)** Информация о страховании моего ребенка актуальна и точна. | | | | | | | |
|  | | ***(начальные, если применимо*)** Я понимаю, что если мой ребенок застрахован частной страховкой и программой медпомощи, сначала должен быть выставлен счет частной страховки в соответствии с политикой Medicaid, прежде чем можно будет получить доступ к льготам медпомощи | | | | | | | |
|  | | **Проверьте одно из следующих:** | | | | | | | |
|  | | Я даю согласие на то, чтобы NC ITP и авторизованные поставщики услуг выставляли счета частной страховке и/или медпомощи для моего ребенка за все услуги раннего вмешательства, указанные в этом IFSP, включая увеличение частоты, продолжительности, продолжительности или интенсивности. Я разрешаю раскрытие медицинской или клинической информации, необходимой для обработки страхового требования. **— ИЛИ —** | | | | | | | |
|  | | Я даю согласие на то, чтобы NC ITP и авторизованные поставщики услуг выставляли счет в счет частной страховой компании и/или Медикейд, зарегистрированной для моего ребенка, за любую новую услугу раннего вмешательства или за любое увеличение частоты, продолжительности, продолжительности или интенсивности услуг, определенных во время это совещание по рассмотрению Индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP), за исключением следующего *(пожалуйста, уточните)* | | | | | | | |
| **Сводный обзор семейных результатов** | | | | | | | | | |
|  | | | На полугодовом обзоре обсуждалось обследование исходов семей. Мне дали возможность заполнить анкету. | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | |
| Подпись родителя/опекуна и дата | | | | | |  | | Подпись родителя/опекуна и дата | |
|  | | | | | |  | |  | |
| Подпись и дата координатора EISC | | | | | |  | | Подпись представителя агентства или назначенного лица/Агентство и дата | |
|  | | | | | |  | |  | |
| Другая подпись и дата | | | | | |  | | Другая подпись и дата | |