|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **إشعار كتابي مسبق** | | | | |
| **سبب الإخطار الكتابي المسبق:** يجب تقديم إشعار كتابي مسبق إلى الوالدين قبل عشرة (10) أيام من اقتراح برنامج (NC ITP) أو رفضه لبدء توفير خدمات التدخل المبكر لطفلك وعائلتك أو تغييرها. قد توافق على أن يتم تنفيذ الإجراءات المقترحة في وقت أقرب بدون الحاجة لانتظار مدة عشرة (10) أيام.  **الإجراء المقترح:** لبدء الخدمات المدرجة في خطة (IFSP) التي يتم تقديم الموافقة عليها، وفقًا لخطة تقديم الخدمة.  **أسباب اتخاذ الإجراء:** بعد مناقشة جميع معلومات التقييم أو التقدير، بما في ذلك ملاحظات الأسرة والمخاوف والأولويات والموارد، وافق فريق خطة (IFSP)، بما في ذلك الأسرة، على خدمات التدخل المبكر وغيرها من أشكال الدعم التي سيتم تقديمها لتحقيق النتائج المحددة. | | | | |
| **إشعار الحقوق والضمانات الإجرائية** | | | | |
|  | (*بصورة مبدئية*): تلقيت نسخة من ***إشعار حقوق الطفل والأسرة ببرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*** جنبًا إلى جنب مع هذا الإشعار الكتابي المسبق. تتضمن هذه المعلومات جميع الضمانات الإجرائية المتاحة، بما في ذلك وصف إجراءات الشكوى والجداول الزمنية لتلك الإجراءات. تم توضيح حقوقي لي وقد فهمتها وأدركتها. | | | |
| **موافقة الوالدين على تقديم خدمات التدخل المبكر** | | | | |
| لقد شاركت في صياغة هذه الخطة (IFSP). أدرك أن موافقتي طوعية ويمكن إلغاؤها كتابيًا في أي وقت. أدرك أنني قد أرفض خدمة أو خدمات دون تعريض أي خدمة (خدمات) أخرى للتدخل المبكر للخطر. أفهم أن طفلي لن يتلقى خدمات برنامج NC ITP المحددة في خطة (IFSP) ما لم أعطي موافقتي كتابةً. | | | | |
| **اختيار مما يلي:** | | | | |
|  | **أوافق على برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية ومقدمي الخدمات لتقديم خدمات وأنشطة برنامج NC ITP المدرجة في خطة خدمة الأسرة المنفردة.** | | | |
|  | **أرفض حصول طفلي أو عائلتي على: (برجاء التحديد)** | | |  |
|  | **- و -** | | |  |
| **أوافق على قيام برنامج NC ITP ومقدمي الخدمة بتقديم جميع خدمات برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية الأخرى وتنفيذ جميع الأنشطة الأخرى المدرجة في خطة (IFSP)، باستثناء الخدمة أو الخدمات التي حددتها هنا.** | | | |  |
|  | | | |  |
| **الموافقة على تجميل التكاليف على التأمين / ميديكيد** | |  |  | |
|  | ***(بصورة مبدئية):*** استلمت نسخة من ***إشعار الدفع لنظام برنامج NC ITP***. تم شرح الإخطارات المتعلقة بعملية فوترة مزايا التأمين الخاصة والعامة لي وأنا أفهمها. | | | |
|  | ***(بصورة مبدئية):*** معلومات التأمين المسجلة لطفلي حديثة ودقيقة. | | | |
|  | ***(بصورة مبدئية وحسب الإمكانية):*** أفهم أنه إذا كان طفلي مشمولاً بالتأمين الخاص وميديكيد، فيجب إصدار فاتورة التأمين الخاص أولاً بموجب بوليصة ميديكيد قبل إمكانية الوصول إلى مزايا ميديكيد.  **اختيار مما يلي:** | | | |
|  | أوافق على قيام برنامج NC ITP ومقدمي الخدمة المعتمدين التابعين له بإصدار فاتورة للتأمين الخاص أو تأمين ميديكيد المسجل لطفلي لجميع خدمات التدخل المبكر على النحو المحدد في خطة خدمة الأسرة المنفردة. أفوض بالإفصاح عن المعلومات الطبية أو السريرية اللازمة لمعالجة مطالبة التأمين. **- أو -** | | | |
|  | أوافق على برنامج NC ITP ومقدمي الخدمة المعتمدين لفواتير التأمين الخاص أو ميديكيد المسجل لطفلي، لخدمات التدخل المبكر المحددة في خطة IFSP ***باستثناء*** ما يلي (برجاء التحديد) | | | |
|  | |  |  | |
| توقيع الوالد / الوصي والتاريخ | |  | توقيع الوالد / الوصي والتاريخ | |
|  | |  |  | |
| توقيع وتاريخ منسق الخدمة | |  | ممثل الوكالة أو من ينوب عنه التوقيع / الوكالة والتاريخ | |
|  | |  |  | |
| التوقيع والتاريخ الآخر | |  | التوقيع والتاريخ الآخر | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ المراجعة** | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| دورة المراجعة  نصف سنوية   سنوياً  أخرى | | | | | | | | | التاريخ المستهدف للمراجعة التالية |
| **إشعار كتابي مسبق** | | | | | | | | | |
| **سبب الإخطار الكتابي المسبق:** يجب تقديم إشعار كتابي مسبق إلى الوالدين قبل عشرة (10) أيام من اقتراح برنامج (NC ITP) أو رفضه لبدء توفير خدمات التدخل المبكر لطفلك وعائلتك أو تغييرها. قد توافق على أن يتم تنفيذ الإجراءات المقترحة في وقت أقرب بدون الحاجة لانتظار مدة عشرة (10) أيام.  **الإجراء المقترح:** لبدء الخدمات المدرجة في خطة IFSP التي يتم تقديم الموافقة عليها، وفقًا لخطة تقديم الخدمة.  **أسباب اتخاذ الإجراء:** بعد مناقشة جميع معلومات التقييم أو التقدير، بما في ذلك ملاحظات الأسرة والمخاوف والأولويات والموارد، وافق فريق خطةIFSP ، بما في ذلك الأسرة، على خدمات التدخل المبكر وغيرها من أشكال الدعم التي سيتم تقديمها لتحقيق النتائج المحددة. | | | | | | | | | |
| **إشعار الحقوق والضمانات الإجرائية** | | | | | | | | | |
|  | (بصورة مبدئية): تلقيت نسخة ***من إشعار حقوق الطفل والأسرة ببرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*** جنبًا إلى جنب مع هذا الإشعار الكتابي المسبق. تتضمن هذه المعلومات جميع الضمانات الإجرائية المتاحة، بما في ذلك وصف إجراءات الشكوى والجداول الزمنية لتلك الإجراءات. تم توضيح حقوقي لي وقد فهمتها وأدركتها. | | | | | | | | |
| **موافقة الوالدين على تقديم خدمات التدخل المبكر** | | | | | | | | | |
| لقد شاركت في صياغة هذه الخطة (IFSP). أدرك أن موافقتي طوعية ويمكن إلغاؤها كتابيًا في أي وقت. أدرك أنني قد أرفض خدمة أو خدمات دون المساس بأي خدمة (خدمات) أخرى للتدخل المبكر. أفهم أن طفلي لن يتلقى خدمات برنامج NC ITP المحددة في خطة IFSP ما لم أعطي موافقتي كتابةً. | | | | | | | | | |
| **اختيار مما يلي:** | | | | | | | | | |
|  | **أوافق على برنامج NC ITP لتقديم خدمات وأنشطة برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية المدرجة في خطة خدمة الأسرة المنفردة.** | | | | | | | | |
|  | **أرفض حصول طفلي أو عائلتي على: (برجاء التحديد)** | | | | | | |  | |
| - و - | | | | | | | |  | |
| **أوافق على قيام برنامج NC ITP ومقدمي الخدمة بتقديم جميع خدمات برنامج NC ITP الأخرى وتنفيذ جميع الأنشطة الأخرى المدرجة في خطةIFSP** **، باستثناء الخدمة أو الخدمات التي حددتها هنا.** | | | | | | | |  | |
|  | |
| **الموافقة على فاتورة التأمين** | | | | |  | |  | | |
|  | ***(بصورة مبدئية):*** استلمت نسخة من إشعار الدفع لنظام برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية. تم شرح الإخطارات المتعلقة بعملية فوترة مزايا التأمين الخاصة والعامة لي وأنا أفهمها. | | | | | | | | |
|  | ***(بصورة مبدئية):*** معلومات التأمين المسجلة لطفلي حديثة ودقيقة. | | | | | | | | |
|  | ***(بصورة مبدئية وحسب الإمكانية):*** أفهم أنه إذا كان طفلي مشمولاًبالتأمين الخاص و ميديكيد، فيجب إصدار فاتورة التأمين الخاص أولاً بموجب بوليصة ميديكيد قبل إمكانية الوصول إلى مزايا ميديكيد. | | | | | | | | |
|  | | **اختيار مما يلي:** | | | | | | | |
|  | | أوافق على برنامج NC ITP ومقدمي الخدمة المعتمدين لفواتير التأمين الخاص أو ميديكيد في السجل لطفلي لجميع خدمات التدخل المبكر على النحو المحدد في خطة IFSP هذه بما في ذلك الزيادات في التكرار أو الطول أو المدة أو الشدة. أفوض بالإفصاح عن المعلومات الطبية أو السريرية اللازمة لمعالجة مطالبة التأمين. **- أو -** | | | | | | | |
|  | | أوافق على برنامج NC ITP ومقدمي الخدمة المعتمدين لفواتير التأمين الخاص أو ميديكيد، في السجل لطفلي، لأي خدمة تدخل مبكر جديدة أو أي زيادة في التكرار أو الطول أو المدة أو الكثافة للخدمات المحددة أثناء اجتماع مراجعة خطة IFSP ، باستثناء ما يلي *(يرجى التحديد)* | | | | | | | |
| **مراجعة ملخص نتائج الأسرة** | | | | | | | | | |
|  | | | في المراجعة نصف السنوية، تمت مناقشة مسح مخرجات الأسرة. لقد أتيحت لي الفرصة لإكمال الاستبيان. | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | |
| توقيع الوالد / الوصي والتاريخ | | | | | |  | | توقيع الوالد / الوصي والتاريخ | |
|  | | | | | |  | |  | |
| توقيع منسق خدمة (EISC) والتاريخ | | | | | |  | | ممثل الوكالة أو من ينوب عنه التوقيع / الوكالة والتاريخ | |
|  | | | | | |  | |  | |
| التوقيع والتاريخ الآخر | | | | | |  | | التوقيع والتاريخ الآخر | |