|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Préavis écrit** | | | | |
| **Raison du préavis écrit:** Un préavis écrit doit être fourni aux parents (10) dix jours avant que le programme pour nourrissons et tout-petits de Caroline du Nord (NC ITP) propose ou refuse de lancer ou de modifier la disposition de services d'intervention précoce pour votre enfant et votre famille. Vous pouvez accepter que les actions proposées se produisent plus tôt et ne pas attendre les (10) dix jours.  **Action proposée :** Initier les services énumérés sur l’IFSP pour lesquels le consentement est fourni, conformément au plan de prestation de services  **Raisons de prendre l'action :** Après avoir discuté de tous les informations d'évaluation/d'analyse, y compris l'observation de la famille, les préoccupations, les priorités et les ressources, l'équipe de l’IFSP, y compris la famille, a mis d’accord sur les services d'intervention précoce et les autres soutiens à fournir pour atteindre les résultats établis. | | | | |
| **Préavis de droits et garanties de procédures** | | | | |
|  | (Initiale) J'ai reçu une copie du Préavis des ***Droits de l’enfant et de la famille du programme pour nourrissons et tout-petits*** avec ce préavis écrit. Ces informations comprennent toutes les garanties de procédures disponibles, y compris une description des procédures de plainte et les échéanciers de ces procédures. J’ai bien compris les droits qui m'ont été expliqués. | | | |
| **Consentement parental pour la prestation de services d'intervention précoce** | | | | |
| J'ai participé au développement de cet IFSP. Je comprends que mon consentement est volontaire et peut être révoqué par écrit à tout moment. Je comprends que je peux refuser un service ou des services sans compromettre tout autre service d'interventions précoce. Je comprends que mon enfant ne recevra pas les services du NC ITP identifiés sur l’IFSP sauf si je donne mon consentement écrit. | | | | |
| **Cochez l'une des options suivantes :** | | | | |
|  | **J’accorde la permission au programme pour nourrissons et tout-petits et les fournisseurs de services de fournir les services et les activités du NC ITP énumérés sur l’IFSP.** | | | |
|  | **Je refuse que mon enfant ou ma famille reçoive (Préciser)** | | |  |
|  | **— ET —** | | |  |
| **J’accorde la permission au NC ITP et les fournisseurs de services de fournir tous les autres services de NC ITP et de réaliser toutes les autres activités énumérées dans le présent IFSP, SAUF le ou les service(s) que j'ai précisés ici.** | | | |  |
|  | | | |  |
| **Approbation de la facture d’assurance / Medicaid** | |  |  | |
|  | (**initiale**) J'ai reçu une copie du ***système de notification de paiement de NC ITP***. Je comprends bien les notifications liées à la facturation des prestations d'assurances privées et publiques qui m'ont été expliquées. | | | |
|  | (**initiale**) Les informations relatives à l'assurance enregistrées dans le dossier de mon enfant sont actuelles et exactes. | | | |
|  | (**initiale si applicable**) Je comprends que si mon enfant est couvert par une assurance privée et Medicaid, l'assurance privée doit d'abord être facturée en vertu de la politique de Medicaid, avant que les prestations de Medicaid puissent être accessibles.  **Cochez l'une des options suivantes :** | | | |
|  | J’accorde la permission au NC ITP et ses fournisseurs de services agréés de facturer l'assurance privée et/ou Medicaid conservé dans le dossier de mon enfant pour tous les services d'intervention précoce identifiés dans le présent IFSP. J'autorise la divulgation de l’information médicale ou clinique nécessaires au traitement de la déclaration de sinistre. **— ET —** | | | |
|  | J'accorde la permission au NC ITP et les fournisseurs de services agréés de facturer l'assurance privée et / ou Medicaid, conservé dans le dossier de mon enfant, pour les services d'intervention précoce identifiés sur cet IFSP sauf de ce qui suit (veuillez préciser*)* | | | |
|  | |  |  | |
| Date et signature du parent/tuteur | |  | Date et signature du parent/tuteur | |
|  | |  |  | |
| Date et signature du coordonnateur de service d’intervention précoce | |  | Signature du représentant de l'agence ou de la personne désignée/agence et date | |
|  | |  |  | |
| Date et d’autre signature | |  | Date et d’autre signature | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de révision** | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| CYCLE DE REVISION   Semestriel  Annuel  Autre | | | | | | | | | Date limite pour la prochaine révision |
| **Préavis écrit** | | | | | | | | | |
| **Raison du préavis écrit:** Un préavis écrit doit être fourni aux parents (10) dix jours avant que le programme pour nourrissons et tout-petits de Caroline du Nord (NC ITP) propose ou refuse de lancer ou de modifier la disposition de services d'intervention précoce pour votre enfant et votre famille. Vous pouvez accepter que les actions proposées se produisent plus tôt et ne pas attendre les (10) dix jours.  **Action proposée :** Initier ou modifier les services énumérées sur l’IFSP pour lesquels le consentement est fourni, conformément au plan de prestation de services.  **Raisons de prendre l'action :** Après avoir discuté de tous les informations d'évaluation/d'analyse, y compris l'observation de la famille, les préoccupations, les priorités et les ressources, l'équipe de l’IFSP, y compris la famille, a mis d’accord sur les services d'intervention précoce et les autres soutiens à fournir pour atteindre les résultats établis. | | | | | | | | | |
| **Préavis de droits et garanties de procédures** | | | | | | | | | |
|  | J'ai reçu une copie de Préavis des ***Droits de l’enfant et de la famille du programme pour nourrissons et tout-petits*** avec ce préavis écrit. Ces informations comprennent toutes les garanties de procédures disponibles, y compris une description des procédures de plainte et les échéanciers de ces procédures. J’ai bien compris les droits qui m'ont été expliqués. | | | | | | | | |
| **Consentement parental pour la prestation de services d'intervention précoce** | | | | | | | | | |
| J'ai participé au développement de cet IFSP. Je comprends que mon consentement est volontaire et peut être révoqué par écrit à tout moment. Je comprends que je peux refuser un service ou des services sans compromettre tout autre service d'interventions précoce. Je comprends que mon enfant ne recevra pas les services du NC ITP identifiés sur l’IFSP sauf si je donne mon consentement écrit. | | | | | | | | | |
| **Cochez l'une des options suivantes :** | | | | | | | | | |
|  | | **J’accorde la permission au programme pour nourrissons et tout-petits et les fournisseurs de services de fournir les services et activités de NC ITP identifiés dans le présent IFSP.** | | | | | | | |
|  | | **Je refuse que mon enfant ou ma famille reçoive (Préciser)** | | | | | |  | |
| — **ET** — | | | | | | | |  | |
| **J’accorde la permission au NC ITP et les fournisseurs de services de fournir tous les autres services de NC ITP et de réaliser toutes les autres activités énumérées dans le présent IFSP, SAUF le ou les service(s) que j'ai précisés ici.** | | | | | | | |  | |
|  | |
| **Approbation de la facture d’assurance** | | | | |  | |  | | |
|  | | (**initiale**) J'ai reçu une copie du ***système de notification de paiement de NC ITP***. Je comprends bien les notifications liées à la facturation des prestations d'assurances privées et publiques qui m'ont été expliquées. | | | | | | | |
|  | | (**initiale**) Les informations relatives à l'assurance enregistrées dans le dossier de mon enfant sont actuelles et exactes. | | | | | | | |
|  | | **(initiale si applicable**) Je comprends que si mon enfant est couvert par une assurance privée et Medicaid, l'assurance privée doit d'abord être facturée en vertu de la police Medicaid, avant que les prestations de Medicaid puissent être accessibles | | | | | | | |
|  | | **Cochez l'une des options suivantes :** | | | | | | | |
|  | | J’accorde la permission au NC ITP et les fournisseurs de services agréés de facturer l'assurance privée et/ou Medicaid conservé dans le dossier de mon enfant, pour tous les services d'intervention précoce identifiés dans le présent IFSP, y compris les augmentations de fréquence, de durée, de durée ou d'intensité. J'autorise la divulgation de l’information médicale ou clinique nécessaires au traitement de la déclaration de sinistre. **— ET —** | | | | | | | |
|  | | J’accorde au NC ITP et les fournisseurs de services agréés de facturer l'assurance privée et/ou Medicaid, conservé dans le dossier de mon enfant, pour tout nouveau service d'intervention précoce ou pour toute augmentation de la fréquence, de la durée, de la durée ou de l'intensité des services identifiés pendant cette réunion de révision de l’IFSP, sauf de ce qui suit (veuillez préciser*)* | | | | | | | |
| **Résumé de la révision des résultats familiaux** | | | | | | | | | |
|  | | | Lors de la révision semestrielle, l'enquête sur les résultats familiaux a été discutée. J'ai eu l'occasion de répondre au sondage. | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | |
| Date et signature du parent/tuteur | | | | | |  | | Date et signature du parent/tuteur | |
|  | | | | | |  | |  | |
| Date et signature du coordonnateur de service d’intervention précoce (EISC) | | | | | |  | | Signature du représentant de l'agence ou de la personne désignée/agence et date | |
|  | | | | | |  | |  | |
| Date et d’autre signature | | | | | |  | | Date et d’autre signature | |