|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thông báo Trước bằng Văn bản** | | | | | |
| **Lý do Thông báo Trước bằng Văn bản:** Chương trình phải cung cấp thông báo trước bằng văn bản cho phụ huynh trong vòng mười (10) ngày trước khi Chương trình dành cho Trẻ sơ sinh-Trẻ mới biết đi của tiểu bang Bắc Carolina (NC ITP) đề xuất hoặc từ chối bắt đầu hoặc thay đổi việc cung cấp các dịch vụ can thiệp sớm cho con quý vị và gia đình quý vị. Quý vị có thể đồng ý để (các) hành động được đề xuất diễn ra sớm hơn và không cần đợi tới mười (10) ngày.  **Hành động được Đề xuất:** Bắt đầu cung cấp các dịch vụ được liệt kê trong IFSP đã được cho phép theo Kế hoạch Cung cấp Dịch vụ.  **Lý do Thực hiện Hành động**: Sau khi thảo luận tất cả thông tin thẩm định/đánh giá, bao gồm việc quan sát gia đình, mối quan tâm, ưu tiên và nguồn lực của gia đình, nhóm IFSP, bao gồm cả gia đình, đã thống nhất về các dịch vụ can thiệp sớm và biện pháp hỗ trợ khác sẽ được cung cấp để đạt được các kết quả đã đề ra. | | | | | |
| **Thông báo về Quyền và Biện pháp Bảo vệ theo Thủ tục** | | | | | |
|  | *(Ký nháy)* Tôi đã nhận được một bản sao ***Thông báo về Quyền của Trẻ em và Gia đình trong Chương trình Trẻ sơ sinh-Trẻ mới biết đi của tiểu bang Bắc Carolina*** cùng với thông báo trước bằng văn bản này. Thông tin này bao gồm tất cả các biện pháp bảo vệ theo thủ tục hiện có, bao gồm mô tả về các thủ tục khiếu nại và thời hạn cho các thủ tục đó. Tôi đã được giải thích về những quyền này và tôi đã hiểu rõ. | | | | |
| **Thỏa thuận Cho phép của Phụ huynh về việc Cung cấp Dịch vụ Can thiệp Sớm** | | | | | |
| Tôi đã tham gia vào việc phát triển IFSP này. Tôi hiểu sự cho phép của tôi là tự nguyện và có thể bị thu hồi bằng văn bản bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối một hoặc nhiều dịch vụ mà không ảnh hưởng đến bất kỳ (các) dịch vụ can thiệp sớm nào khác. Tôi hiểu rằng con tôi sẽ không nhận được các dịch vụ NC ITP được liệt kê trong IFSP trừ khi tôi cho phép bằng văn bản. | | | | | |
| **Đánh dấu vào một trong những mục sau:** | | | | | |
|  | | **Tôi chấp thuận cho Chương trình Trẻ sơ sinh-Trẻ mới biết đi của tiểu bang Bắc Carolina và các nhà cung cấp dịch vụ cung cấp các dịch vụ và hoạt động của NC ITP được liệt kê trong IFSP.** | | | |
|  | | **Tôi từ chối cho con tôi hoặc gia đình tôi tiếp nhận: (ghi rõ)** |  | | |
|  | | **— VÀ —** |  | | |
| **Tôi chấp thuận cho NC ITP và các nhà cung cấp dịch vụ cung cấp tất cả các dịch vụ NC ITP khác và thực hiện tất cả các hoạt động khác được liệt kê trong IFSP này, NGOẠI TRỪ dịch vụ hoặc các dịch vụ tôi đã ghi rõ ở đây.** | | |  | | |
|  | | |  | | |
| **Thỏa thuận Cho phép Lập hóa đơn Bảo hiểm / Medicaid** | | | |  |  |
|  | **(*ký nháy)*** Tôi đã nhận được một bản sao ***Hệ thống Thông báo Thanh toán NC ITP***. Tôi đã được giải thích và hiểu rõ các thông báo liên quan đến việc lập hóa đơn thanh toán các quyền lợi bảo hiểm công và tư. | | | | |
|  | ***(ký nháy)*** Thông tin bảo hiểm trong hồ sơ của con tôi là thông tin chính xác và cập nhật nhất. | | | | |
|  | ***(ký nháy nếu phù hợp)*** Tôi hiểu rằng nếu con tôi được bảo hiểm tư và Medicaid đài thọ thì phải lập hóa đơn thanh toán cho bảo hiểm tư trước theo Chính sách Medicaid trước khi con tôi tiếp cận các quyền lợi của Medicaid.  **Đánh dấu vào một trong những mục sau:** | | | | |
|  | Tôi chấp thuận cho NC ITP và các nhà cung cấp dịch vụ được ủy quyền của NC ITP lập hóa đơn thanh toán cho bảo hiểm tư và/hoặc Medicaid được lưu trong hồ sơ của con tôi đối với tất cả các dịch vụ can thiệp sớm như được liệt kê trong IFSP này. Tôi cho phép tiết lộ thông tin y tế hoặc lâm sàng cần thiết để xử lý yêu cầu bảo hiểm. **— HOẶC —** | | | | |
|  | Tôi chấp thuận cho NC ITP và các nhà cung cấp dịch vụ được ủy quyền lập hóa đơn thanh toán cho bảo hiểm tư và/hoặc Medicaid được lưu trong hồ sơ của con tôi đối với các dịch vụ can thiệp sớm được liệt kê trong IFSP này ***ngoại trừ*** những dịch vụ sau *(vui lòng ghi rõ)* | | | | |
|  | | | |  |  |
| Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ và Ngày ký | | | |  | Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ và Ngày ký |
|  | | | |  |  |
| Chữ ký của Điều phối viên Dịch vụ Can thiệp Sớm và Ngày ký | | | |  | Chữ ký của Đại diện Cơ quan hoặc Người được chỉ định và Ngày ký |
|  | | | |  |  |
| Chữ ký khác và Ngày ký | | | |  | Chữ ký khác và Ngày ký |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ngày Đánh giá** | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |
| CHU KỲ ĐÁNH GIÁ   Sáu tháng một lần  Hàng năm  Khác | | | | | | | Ngày Đánh giá Tiếp theo |
| **Thông báo Trước bằng Văn bản** | | | | | | | |
| **Lý do Thông báo Trước bằng Văn bản:** Chương trình phải cung cấp thông báo trước bằng văn bản cho phụ huynh trong vòng mười (10) ngày trước khi Chương trình dành cho Trẻ sơ sinh-Trẻ mới biết đi của tiểu bang Bắc Carolina (NC ITP) đề xuất hoặc từ chối bắt đầu hoặc thay đổi việc cung cấp các dịch vụ can thiệp sớm cho con quý vị và gia đình quý vị. Quý vị có thể đồng ý để (các) hành động được đề xuất diễn ra sớm hơn và không cần đợi tới mười (10) ngày.  **Hành động Được Đề xuất:** Bắt đầu hoặc thay đổi các dịch vụ được liệt kê trong IFSP đã được cho phép theo Kế hoạch Cung cấp Dịch vụ.  **Lý do Thực hiện Hành động**: Sau khi thảo luận tất cả thông tin thẩm định/đánh giá, bao gồm việc quan sát gia đình, mối quan tâm, ưu tiên và nguồn lực của gia đình, nhóm IFSP, bao gồm cả gia đình, đã thống nhất về các dịch vụ can thiệp sớm và biện pháp hỗ trợ khác sẽ được cung cấp để đạt được các kết quả đã đề ra. | | | | | | | |
| **Thông báo về Quyền và Biện pháp Bảo vệ theo Thủ tục** | | | | | | | |
|  | Tôi đã nhận được một bản sao ***Quyền của Gia đình và Trẻ em trong Chương trình dành cho Trẻ sơ sinh-Trẻ mới biết đi của tiểu bang Bắc Carolina*** cùng với thông báo trước bằng văn bản này. Thông tin này bao gồm tất cả các biện pháp bảo vệ theo thủ tục hiện có, bao gồm mô tả về các thủ tục khiếu nại và thời hạn cho các thủ tục đó. Tôi đã được giải thích về những quyền này và tôi đã hiểu rõ. | | | | | | |
| **Thỏa thuận Cho phép của Phụ huynh về việc Cung cấp Dịch vụ Can thiệp Sớm** | | | | | | | |
| Tôi đã tham gia vào việc phát triển IFSP này. Tôi hiểu sự cho phép của tôi là tự nguyện và có thể bị thu hồi bằng văn bản bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối một hoặc nhiều dịch vụ mà không ảnh hưởng đến bất kỳ (các) dịch vụ can thiệp sớm nào khác. Tôi hiểu rằng con tôi sẽ không nhận được các dịch vụ NC ITP được liệt kê trong IFSP trừ khi tôi cho phép bằng văn bản. | | | | | | | |
| **Đánh dấu vào một trong những mục sau:** | | | | | | | |
|  | **Tôi chấp thuận cho Chương trình Trẻ sơ sinh-Trẻ mới biết đi của tiểu bang Bắc Carolina và các nhà cung cấp dịch vụ cung cấp các dịch vụ và hoạt động của NC ITP được liệt kê trong IFSP này.** | | | | | | |
|  | **Tôi từ chối cho con tôi hoặc gia đình tôi tiếp nhận: (ghi rõ)** | | | | |  | |
| — **VÀ** — | | | | | |  | |
| **Tôi chấp thuận cho NC ITP và các nhà cung cấp dịch vụ cung cấp tất cả các dịch vụ NC ITP khác và thực hiện tất cả các hoạt động khác được liệt kê trong IFSP này, NGOẠI TRỪ dịch vụ hoặc các dịch vụ tôi đã ghi rõ ở đây.** | | | | | |  | |
|  | |
| **Thỏa thuận Cho phép Lập hóa đơn Bảo hiểm** | | |  | |  | | |
|  | ***(ký nháy)*** Tôi đã nhận được một bản sao ***Hệ thống Thông báo Thanh toán NC ITP***. Tôi đã được giải thích và hiểu rõ các thông báo liên quan đến việc lập hóa đơn thanh toán các quyền lợi bảo hiểm công và tư. | | | | | | |
|  | ***(ký nháy)*** Thông tin bảo hiểm trong hồ sơ của con tôi là thông tin chính xác và cập nhật nhất. | | | | | | |
|  | ***(ký nháy nếu phù hợp)*** Tôi hiểu rằng nếu con tôi được bảo hiểm tư và Medicaid đài thọ thì phải lập hóa đơn thanh toán cho bảo hiểm tư trước theo chính sách của Medicaid trước khi con tôi tiếp cận các quyền lợi của Medicaid | | | | | | |
|  | **Đánh dấu vào một trong những mục sau:** | | | | | | |
|  | Tôi chấp thuận cho NC ITP và các nhà cung cấp dịch vụ được ủy quyền lập hóa đơn thanh toán cho bảo hiểm tư và/hoặc Medicaid được lưu trong hồ sơ của con tôi đối với tất cả các dịch vụ can thiệp sớm được liệt kê trong IFSP này, bao gồm việc tăng tần suất, thời lượng, thời gian hoặc cường độ cung cấp dịch vụ. Tôi cho phép tiết lộ thông tin y tế hoặc lâm sàng cần thiết để xử lý yêu cầu bảo hiểm. **— HOẶC —** | | | | | | |
|  | Tôi đồng ý cho NC ITP và các nhà cung cấp dịch vụ được ủy quyền lập hóa đơn thanh toán cho bảo hiểm tư và/hoặc Medicaid được lưu trong hồ sơ của con tôi đối với bất kỳ dịch vụ can thiệp sớm mới nào hoặc bất kỳ sự gia tăng nào về tần suất, thời lượng, thời gian hoặc cường độ đối với các dịch vụ được xác định trong cuộc họp đánh giá IFSP này, ***ngoại trừ*** những dịch vụ sau đây *(vui lòng ghi rõ)* | | | | | | |
| **Đánh giá Tóm tắt về Kết quả Đạt được của Gia đình** | | | | | | | |
|  | Tại buổi đánh giá nửa năm một lần, Khảo sát Kết quả Đạt được của Gia đình đã được thảo luận. Tôi đã có cơ hội để hoàn thành cuộc khảo sát. | | | | | | |
|  | | | |  | |  | |
| Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ và Ngày ký | | | |  | | Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ và Ngày ký | |
|  | | | |  | |  | |
| Chữ ký của Điều phối viên Dịch vụ Can thiệp Sớm (EISC) và Ngày ký | | | |  | | Chữ ký của Đại diện Cơ quan hoặc Người được chỉ định và Ngày ký | |
|  | | | |  | |  | |
| Chữ ký khác và Ngày ký | | | |  | | Chữ ký khác và Ngày ký | |