|  |
| --- |
| **उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम**  **व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना (IFSP)** |

|  |
| --- |
| महत्वपूर्ण तिथियाँ और घटनाएँ |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **बच्चे का नाम:** | |  | | | | |
| **जन्म की तारीख:** | |  | | **लिंग:  पुरुष  महिला** | | |
| **रेफ़रल पर आयु:** | |  | | **प्रारंभ की तारीख:** |  | |
| **IFSP बैठक की तारीख** | |  | | **IFSP प्रारंभ तारीख:** |  | |
| **IFSP अंतरिम तारीख** | |  | **लागू नहीं** |  | | |
| **माता - पिता का नाम:** | |  | | **माता - पिता का नाम:** |  | |
| **पता:** | |  | | **पता:** |  | |
| **शहर/ राज्य/ ज़िप:** | |  | | **शहर/ राज्य/ ज़िप:** |  | |
| **फ़ोन नंबर** | | (   )    -  **काम  घर  सेलफोन**  (   )    -  **काम  घर  सेलफोन**    -  **काम  घर  सेलफोन** | | **फ़ोन नंबर** | | (   )    -  **काम  घर  सेलफोन**  (   )    -  **काम  घर  सेलफोन**    -  **काम  घर  सेलफोन** |
| **ईमेल पते** | |  | | ईमेल पते | |  |
| **माता-पिता की भाषा:** | |  | | **बच्चे की भाषा:** | |  |
| **निवासी स्कूल जिला:** | |  | | | | |
| **प्रदेश** |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **नाम** | **संबंध/भूमिका** | **फ़ोन नंबर** | **पता** | **प्रारंभ तारीख:** | **अंतिम तारीख:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**आपके बच्चे के कामकाज और सीखने से संबंधित आपके परिवार की चिंताएँ और प्राथमिकताएँ आपके परिवार की व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना (IFSP) का केंद्र बिंदु हैं, जिसमें परिणाम या लक्ष्य शामिल हैं। आपके परिवार की ताकत, संसाधनों और समर्थन के बारे में प्रदान करने के लिए आप जो जानकारी चुनते हैं वह बहुत महत्वपूर्ण और सहायक है क्योंकि हम सभी आपके बच्चे और परिवार के लिए वांछित परिणाम प्राप्त करने के लिए मिलकर काम करते हैं।**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| दिनांक परिवार मूल्यांकन पूरा हुआ: | *प्रतिभागियों / टीम के सदस्य:* | *परिवार-निर्देशित मूल्यांकन उपकरण का नाम:* |

|  |
| --- |
| **परिवार के चिंता के क्षेत्र**: (दैनिक गतिविधियों और दिनचर्या के दौरान आपके बच्चे और/या परिवार के सामने आने वाली चुनौतियों या कठिनाइयों का वर्णन करें।) |

|  |
| --- |
| **परिवार की प्राथमिकताएं:** (हम अभी क्या शुरू कर सकते हैं जो आपके परिवार के लिए एक अंतर ला सकता है?) |

|  |
| --- |
| **ताकत और संसाधन जो आपके बच्चे और परिवार की जरूरतों को पूरा करने में सहायता करते हैं:** (ऐसे लोगों को शामिल करें जो आपके परिवार के लिए एक सहायता प्रणाली प्रदान करते हैं, जैसे कि रिश्तेदार, पारिवारिक मित्र, सहकर्मी और साथ ही कोई एजेंसी या सेवाएं। गतिविधियों और सैर-सपाटे को भी शामिल करें। जिसे करने में आपके बच्चे और परिवार को आनंद आता है, जैसे कि प्लेग्रुप्स, लाइब्रेरी स्टोरी टाइम, पार्क में जाना, पिकनिक मनाना आदि।) |

|  |
| --- |
| **अतिरिक्त जानकारी:** क्या कुछ और है जो आप हमारे लिए जानना चाहते हैं जो मददगार हो सकता है क्योंकि हम आपके बच्चे और परिवार के लिए सबसे महत्वपूर्ण बातों को संबोधित करने के लिए समर्थन और सेवाओं की योजना बनाते हैं? |

**बच्चे की वर्तमान कौशल और क्षमताएं:**

IFSP का यह खंड आपके बच्चे की ताकत और जरूरतों, लोगों, स्थानों और चीजों की एक तस्वीर प्रदान करता है जो आपके बच्चे को रुचिकर और प्रेरित करता है, और उसकी पसंद और नापसंद। CDSA ने आपके बच्चे के विकास को देखने के लिए कई तरीकों का इस्तेमाल किया: मानकीकृत परीक्षण, रिकॉर्ड समीक्षा, नैदानिक अवलोकन और माता-पिता की रिपोर्ट। हमारे द्वारा एकत्र की गई जानकारी हमें उन कौशलों और व्यवहारों के बारे में बताती है जो आपके बच्चे ने अब तक विकसित किए हैं और आपका बच्चा दैनिक गतिविधियों में भाग लेने के लिए इन कौशलों और व्यवहारों को कैसे जोड़ता और उपयोग करता है। कौशल और व्यवहार को पाँच डोमेन (विकास के क्षेत्र) में विभाजित किया गया है।

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| मूल्यांकन/मूल्यांकन की तारीखें: | | | किसने भाग लिया: | |
| बच्चे की उम्र: | | समायोजित आयु: | | |
| मूल्यांकन/ आकलन उपकरण / अन्य उपयोग की जाने वाली विधियाँ: | | | | |
| विकासात्मक डोमेन | कौशल और क्षमताओं | | | |
| चीजें **(child's name)** अच्छा करती हैं | | | **(child's name)** के लिए चुनौतियाँ या अगला कदम |
| सामाजिक/भावनात्मक  (अन्य लोगों से संबंधित, भावनाओं को प्रदर्शित करना, दिन भर स्थितियों से निपटना) |  | | |  |
| **अनुकूली**  (खिलाने, कपड़े पहनने, शौचालय बनाने, सोने और जरूरतों को पूरा करने सहित दैनिक गतिविधियों में खुद की मदद करने की क्षमता) |  | | |  |
| **संज्ञानात्मक**  (सोचना और सीखना, बच्चा कैसे समस्याओं का समाधान करता है) |  | | |  |
| **संचार**  (शब्दों और इशारों (ग्रहणशील भाषा) को समझना, और ध्वनियों, शब्दों और इशारों का उपयोग करना (अभिव्यंजक भाषा) |  | | |  |
| **शारीरिक विकास**  (हाथों का उपयोग करना और नियंत्रण और समन्वय (ठीक मोटर) के साथ आंखों और हाथों का उपयोग करना, बच्चे की ताकत, समन्वय और गति के लिए मांसपेशियों का संतुलन (सकल मोटर) |  | | |  |

**बच्चे की स्वास्थ्य जानकारी:**

|  |
| --- |
| ***प्रासंगिक रिकॉर्ड और/या माता-पिता की रिपोर्ट की समीक्षा के आधार पर बच्चे की वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति का सारांश। (इसमें बच्चे का जन्म इतिहास, चिकित्सीय स्थितियां या निदान, बीमारियां, अस्पताल में भर्ती, दवाएं, देखने और सुनने की स्थिति, या अन्य जानकारी शामिल हो सकती है):*** |
| **टीम को आपके बच्चे के स्वास्थ्य के बारे में और क्या पता होना चाहिए ताकि हम आपके बच्चे और परिवार के लिए बेहतर योजना बना सकें और सहायता और सेवाएं प्रदान कर सकें?** |

**बच्चे का आकलन**

### बच्चे के दिन-प्रतिदिन के परिवेश में कार्यात्मक आकलन और टिप्पणियों का सारांश शामिल करें। इस खंड में दी गई जानकारी में प्रारंभिक बाल मूल्यांकन या चल रहे बाल आकलन से सारांश शामिल हो सकता है। IFSP का यह खंड ऐसी जानकारी प्रदान करता है जो विशिष्ट बच्चे की जरूरतों को पूरा करने के लिए सबसे उपयुक्त समर्थन और सेवाओं का निर्धारण करने में सहायक होगी। मूल्यांकन, प्रक्रियाओं, परिणामों और बच्चे की अद्वितीय शक्तियों और आवश्यकताओं में शामिल व्यक्तियों की सूची बनाएं। यदि यह प्रारंभिक बाल मूल्यांकन है तो सभी विकासात्मक डोमेन को संबोधित करें।

कार्यात्मक बाल आकलन:

* प्राकृतिक परिस्थितियों में अपने जान-पहचान के लोगों के साथ दैनिक गतिविधियों में लगे बच्चे के निरंतर अवलोकन पर आधारित हैं
* सक्रिय प्रतिभागियों के रूप में परिवारों और देखभाल करने वालों को शामिल करें
* प्रत्येक बच्चे के सीखने के अनूठे तरीके को संबोधित करने के लिए वैयक्तिकृत किया जाता है
* प्रतिबिंबित करें कि विकास और शिक्षा संस्कृति में निहित हैं और परिवार द्वारा समर्थित हैं
* गतिविधि सेटिंग्स में जानकारी को एकीकृत करें

|  |  |
| --- | --- |
| तारीख | विवरण |
|  |  |

**प्रारंभिक मूल्यांकन और/या बाल मूल्यांकन परिणाम:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  |  |  |
| **मूल्यांकनकर्ता के हस्ताक्षर** |  | **तारीख** |
|  |  |  |
| **मूल्यांकनकर्ता के हस्ताक्षर** |  | **तारीख** |
|  |  |  |
| **मूल्यांकनकर्ता के हस्ताक्षर** |  | **तारीख** |

.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **परिणाम #       अगले छह महीनों में आप और आपका परिवार आपके बच्चे/परिवार के लिए क्या होता देखना चाहेंगे?** (परिणाम कार्यात्मक होना चाहिए और दैनिक दिनचर्या और गतिविधियों के संदर्भ में होना चाहिए।) | **इस परिणाम से संबंधित अब क्या हो रहा है? आपका परिवार वर्तमान में ऐसा क्या कर रहा है जो इस परिणाम को प्राप्त करने में सहायता करता है?** (वांछित परिवर्तन/परिणामों से संबंधित अपने बच्चे और/या परिवार के कार्यों का वर्णन करें।) | | |
| इस परिणाम को प्राप्त करने के लिए आपका परिवार और टीम किन तरीकों से काम करेगी? कौन मदद करेगा और क्या करेगा? (उन तरीकों और रणनीतियों का वर्णन करें जिनका उपयोग आपके बच्चे/परिवार को आपके दैनिक दिनचर्या और गतिविधियों में आपके लक्ष्यों को प्राप्त करने में सहायता करने के लिए किया जाएगा। सूची बनाएं कि कौन क्या करेगा।) | हमें कैसे पता चलेगा कि हमने प्रगति की है या यदि परिणामों, रणनीतियों या सेवाओं में संशोधन की आवश्यकता है? (हम किस अवलोकनीय क्रिया या व्यवहार को देखेंगे जो हमें दिखाएगा कि प्रगति की जा रही है? क्या प्रगति को मापने के लिए अन्य प्रक्रियाओं का उपयोग किया जा रहा है? प्रगति का निर्धारण करने के लिए कौन सी वास्तविक समय-सीमा का उपयोग किया जाएगा?)  प्रारंभ तारीख:  अंतिम तारीख: | | |
| **हमने कैसे किया?** (प्रगति विवरण/सफलता के मानदंड की समीक्षा) | | |
| तारीख: |  | हासिल। हमने यह किया! |
| तारीख: |  | जारी रखना। हम वहां आंशिक रूप से हैं। चलो ऐसे ही चलते रहें। |
|  |  |
|  | | |
| **बदल गई है स्थिति :** | | |
| तारीख: |  | बंद करो। यह अब लागू नहीं होता है। |
| तारीख: |  | दोहराना। आइए कुछ अलग प्रयास करें। |
| तारीख: |  | स्पष्टीकरण / टिप्पणियाँ: |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं का प्राथमिक स्थान:** | | | | | | | | |
| **प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा** | **प्रदाता** | **अनुमानित प्रारंभ तारीख:** | **वास्तविक प्रारंभ तारीख:** | **स्थान/सबसे प्राकृतिक वातावरण** | **आवृत्ति/लंबाई/तीव्रता/विधि** | **भुगतान व्यवस्था और परिवार के लिए लागत** | **अनुमानित अवधि** | **समाप्त का तारीख** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **अन्य सेवाएं:** | **प्रदाता** | **प्रारंभ तारीख:** | **अंतिम तारीख:** | **यदि आवश्यक हो, तो अर्ली इंटरवेंशन (EI) परिवार को अन्य सेवाओं तक पहुँचने में कैसे मदद करेगा:** | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |

**संघीय नियमों की आवश्यकता है कि प्राकृतिक वातावरण में प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाएं प्रदान की जाएं और केवल अन्य सेटिंग्स में प्रदान की जा सकती हैं जब परिणाम प्राकृतिक वातावरण में संतोषजनक रूप से प्राप्त नहीं किए जा सकते हैं। IFSP टीम के निर्णय का समर्थन करने का औचित्य कि परिणाम प्राकृतिक वातावरण में संतोषजनक रूप से प्राप्त नहीं किया जा सकता है, नीचे प्रलेखित किया जाना चाहिए।**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **नतीजा #** | **सेवा** | **1. प्रयास और तर्क पर चर्चा करें कि प्राकृतिक वातावरण में परिणाम क्यों नहीं मिल सकते** | **2. वर्णन करें कि हस्तक्षेप को बच्चे और परिवार की दैनिक दिनचर्या और गतिविधियों में कैसे सामान्यीकृत किया जाएगा** | **3. हस्तक्षेप को प्राकृतिक वातावरण में ले जाने के लिए कदमों की पहचान करें** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **योजनाओं और गतिविधियों को बदलें** | **विशिष्ट क्रिया** | **जिम्मेदार व्यक्ति** | **आरंभ का तारीख** | **समाप्त का तारीख** |
| **1. शुरुआती हस्तक्षेप से "परिवर्तन" का क्या अर्थ है, इस पर चर्चा करें।** |  |  |  |  |
| **2. संभव कार्यक्रम विकल्पों (पूर्वस्कूली विशेष शिक्षा सेवाओं, हेड स्टार्ट, चाइल्डकैअर और अन्य सामुदायिक सेवाओं सहित) पर चर्चा करें जो तब उपलब्ध हो सकते हैं जब बच्चा भाग सी के लिए योग्य नहीं है।** |  |  |  |  |
| **3. चाइल्ड फाइंड:**  **पब्लिक स्कूल यूनिट (PSU) जहां बच्चा रहता है, को सूचित कर दिया गया है।** |  |  |  |  |
| **4. यदि माता-पिता की सहमति प्रदान की जाती है तो भाग बी को निर्दिष्ट जानकारी भेजें।**  **हाँ नहीं** |  |  |  |  |
| **5. माता-पिता को स्थानीय शिक्षा एजेंसी और/या अन्य सामुदायिक कार्यक्रम प्रतिनिधियों से मिलने और जानकारी प्राप्त करने का अवसर प्रदान करें और चरणों, गतिविधियों और परिवर्तन सेवाओं के साथ एक परिवर्तन योजना विकसित करने के लिए मिलें।** |  |  |  |  |
| **6. सेवा वितरण में बदलाव के लिए बच्चे को तैयार करने के लिए प्रक्रियाएँ स्थापित करें, जिसमें बच्चे को एक नई सेटिंग में समायोजित करने और कार्य करने में मदद करने के लिए कदम शामिल हैं।** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| पूर्व लिखित सूचना | | | | | |
| पूर्व लिखित सूचना का कारण: **उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम (**NC ITP) **द्वारा आपके बच्चे के लिए प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के प्रावधान को शुरू करने या बदलने के लिए दस (10) दिन पहले माता-पिता को पूर्व लिखित सूचना प्रदान की जानी चाहिए और परिवार। आप प्रस्तावित कार्रवाई (कार्यों) को जल्दी करने और दस (10) दिनों तक प्रतीक्षा न करने के लिए सहमत हो सकते हैं।**  कार्रवाई प्रस्तावित: सेवा वितरण योजना के अनुसार, IFSP पर सूचीबद्ध सेवाओं को शुरू करने के लिए जिसके लिए सहमति प्रदान की गई है।  कार्रवाई करने के कारण: पारिवारिक टिप्पणियों, चिंताओं, प्राथमिकताओं और संसाधनों सहित सभी मूल्यांकन/मूल्यांकन जानकारी पर चर्चा करने के बाद, IFSP टीम, परिवार सहित, प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं और स्थापित परिणामों को प्राप्त करने के लिए प्रदान की जाने वाली अन्य सहायता पर सहमत हुई। | | | | | |
| अधिकारों और प्रक्रियात्मक सुरक्षा उपायों की सूचना | | | | | |
|  | **(**प्रारंभिक) मुझे इस पूर्व लिखित सूचना के साथ एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम सूचना बाल और परिवार अधिकार की एक प्रति प्राप्त हुई है। इस जानकारी में वे सभी प्रक्रियात्मक सुरक्षा उपाय शामिल हैं जो उपलब्ध हैं, जिसमें शिकायत प्रक्रियाओं का विवरण और उन प्रक्रियाओं की समय-सीमा शामिल है। ये अधिकार मुझे समझाए गए हैं और मैं उन्हें समझता हूं। | | | | |
| प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के प्रावधान के लिए माता-पिता की सहमति | | | | | |
| मैंने इस IFSP के विकास में भाग लिया। मैं समझता हूं कि मेरी सहमति स्वैच्छिक है और इसे किसी भी समय लिखित रूप में रद्द किया जा सकता है। मैं समझता हूं कि मैं किसी अन्य प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा (सेवाओं) को खतरे में डाले बिना किसी सेवा या सेवाओं को अस्वीकार कर सकता हूं। मैं समझता/समझती हूं कि जब तक मैं अपनी लिखित सहमति नहीं देता, मेरे बच्चे को IFSP पर पहचानी गई NC ITP सेवाएं प्राप्त नहीं होंगी। | | | | | |
| **निम्न में से किसी एक की जाँच करें:** | | | | | |
|  | **मैं एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम और सेवा प्रदाताओं के लिए** IFSP **पर सूचीबद्ध NC ITP सेवाएँ और गतिविधियाँ प्रदान करने के लिए सहमति देता/देती हूँ।** | | | | |
|  | **मैं अपने बच्चे या परिवार को प्राप्त करने के लिए मना करता हूं: (निर्दिष्ट करें)** | | | |  |
|  | **— और —** | | | |  |
| **मैं NC ITP और सेवा प्रदाताओं के लिए अन्य सभी NC ITP सेवाएं प्रदान करने और इस IFSP पर सूचीबद्ध अन्य सभी गतिविधियों को करने के लिए सहमति देता हूं, यहां निर्दिष्ट सेवा या सेवाओं को छोड़कर।** | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **बिल बीमा / मेडिकेड के लिए सहमति** | | |  |  | |
|  | | (प्रारंभिक) मुझे **भुगतान अधिसूचना की NC ITP प्रणाली** की एक प्रति प्राप्त हुई है। निजी और सार्वजनिक बीमा लाभों की बिलिंग से संबंधित सूचनाएं मुझे समझा दी गई हैं और मैं उन्हें समझता हूं। | | | |
|  | | **(**प्रारंभिक) मेरे बच्चे के लिए रिकॉर्ड में दर्ज बीमा जानकारी वर्तमान और सटीक है। | | | |
|  | | **(प्रारंभिक यदि लागू हो**) मैं समझता हूं कि यदि मेरा बच्चा निजी बीमा और मेडिकेड द्वारा कवर किया गया है, तो मेडिकेड लाभ प्राप्त करने से पहले निजी बीमा को पहले मेडिकेड पॉलिसी के तहत बिल किया जाना चाहिए। | | | |
| ***निम्न में से किसी एक की जाँच करें:*** | | | | | |
|  | | मैं **NC ITP** और इसके अधिकृत सेवा प्रदाताओं के लिए इस **IFSP** पर पहचानी गई सभी प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के लिए मेरे बच्चे के लिए निजी बीमा और/या मेडिकेड ऑन रिकॉर्ड बिल करने की सहमति देता/देती हूं। मैं बीमा दावे को संसाधित करने के लिए आवश्यक चिकित्सा या नैदानिक ​​​​जानकारी जारी करने को अधिकृत करता हूं। **- या -** | | | |
|  | | मैं NC ITP और अधिकृत सेवा प्रदाताओं के लिए निजी बीमा और / या मेडिकेड को बिल करने के लिए सहमत हूं, मेरे बच्चे के लिए, इस IFSP पर पहचान की गई शुरुआती हस्तक्षेप सेवाओं के लिए निम्नलिखित को छोड़कर (कृपया निर्दिष्ट करें) | | | |
|  | | |  |  | |
| माता-पिता / अभिभावक के हस्ताक्षर और दिनांक | | |  | माता-पिता / अभिभावक के हस्ताक्षर और दिनांक | |
|  | | |  |  | |
| प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा समन्वयक (EISC) के हस्ताक्षर और दिनांक | | |  | एजेंसी के प्रतिनिधि या नामित व्यक्ति के हस्ताक्षर/एजेंसी और दिनांक | |
|  | | |  |  | |
| अन्य हस्ताक्षर और दिनांक | | |  | अन्य हस्ताक्षर और दिनांक | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **पुनरीक्षण दिनांक** | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| पुनरीक्षण गणनीय संज्ञा  अर्द्ध वार्षिक  वार्षिकl  अन्य | | | | | | | | अगली समीक्षा के लिए लक्ष्य तारीख |
| पूर्व लिखित सूचना | | | | | | | | |
| **पूर्व लिखित सूचना का कारण: उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम (NC ITP)द्वारा आपके बच्चे के लिए प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के प्रावधान को शुरू करने या बदलने के लिए दस (10) दिन पहले माता-पिता को पूर्व लिखित सूचना प्रदान की जानी चाहिए और परिवार। आप प्रस्तावित कार्रवाई (कार्यों) को जल्दी करने और दस (10) दिनों तक प्रतीक्षा न करने के लिए सहमत हो सकते हैं।**  **कार्रवाई प्रस्तावित:** सेवा वितरण योजना के अनुसार, IFSP पर सूचीबद्ध सेवाओं को शुरू करने के लिए जिसके लिए सहमति प्रदान की गई है।  **कार्रवाई करने के कारण:** पारिवारिक टिप्पणियों, चिंताओं, प्राथमिकताओं और संसाधनों सहित सभी मूल्यांकन/मूल्यांकन जानकारी पर चर्चा करने के बाद, IFSP टीम, परिवार सहित, प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं और स्थापित परिणामों को प्राप्त करने के लिए प्रदान की जाने वाली अन्य सहायता पर सहमत हुई। | | | | | | | | |
| **अधिकारों और प्रक्रियात्मक सुरक्षा उपायों की सूचना** | | | | | | | | |
|  | **मुझे इस पूर्व लिखित सूचना के साथ एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम सूचना बाल और परिवार अधिकार की एक प्रति प्राप्त हुई है। इस जानकारी में वे सभी प्रक्रियात्मक सुरक्षा उपाय शामिल हैं जो उपलब्ध हैं, जिसमें शिकायत प्रक्रियाओं का विवरण और उन प्रक्रियाओं की समय-सीमा शामिल है। ये अधिकार मुझे समझाए गए हैं और मैं उन्हें समझता हूं।** | | | | | | | |
| **प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के प्रावधान के लिए माता-पिता की सहमति** | | | | | | | | |
| मैंने इस IFSP के विकास में भाग लिया। मैं समझता हूं कि मेरी सहमति स्वैच्छिक है और इसे किसी भी समय लिखित रूप में रद्द किया जा सकता है। मैं समझता हूं कि मैं किसी अन्य प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा (सेवाओं) को खतरे में डाले बिना किसी सेवा या सेवाओं को अस्वीकार कर सकता हूं। मैं समझता/समझती हूं कि जब तक मैं अपनी लिखित सहमति नहीं देता, मेरे बच्चे को IFSP पर पहचानी गई NC ITP सेवाएं प्राप्त नहीं होंगी। | | | | | | | | |
| **निम्न में से किसी एक की जाँच करें:** | | | | | | | | | | |
|  | | | **मैं एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम और सेवा प्रदाताओं के लिए** IFSP **पर सूचीबद्ध NC ITP सेवाएँ और गतिविधियाँ प्रदान करने के लिए सहमति देता/देती हूँ।** | | | | | | | |
|  | | | **मैं अपने बच्चे या परिवार को प्राप्त करने के लिए मना करता हूं: (निर्दिष्ट करें)** | | | | |  | | |
|  | | | **— और —** | | | | |  | | |
| **मैं NC ITP और सेवा प्रदाताओं के लिए अन्य सभी NC ITP सेवाएं प्रदान करने और इस IFSP पर सूचीबद्ध अन्य सभी गतिविधियों को करने के लिए सहमति देता हूं, यहां निर्दिष्ट सेवा या सेवाओं को छोड़कर।** | | | | | | | |  | | |
|  | | |
| **बिल बीमा / मेडिकेड के लिए सहमति** | | | | | |  |  | | | |
|  | | | | (प्रारंभिक) मुझे **भुगतान अधिसूचना की NC ITP प्रणाली** की एक प्रति प्राप्त हुई है। निजी और सार्वजनिक बीमा लाभों की बिलिंग से संबंधित सूचनाएं मुझे समझा दी गई हैं और मैं उन्हें समझता हूं। | | | | | | |
|  | | | | **(**प्रारंभिक) मेरे बच्चे के लिए रिकॉर्ड में दर्ज बीमा जानकारी वर्तमान और सटीक है। | | | | | | |
|  | | | | **(प्रारंभिक यदि लागू हो**) मैं समझता हूं कि यदि मेरा बच्चा निजी बीमा और मेडिकेड द्वारा कवर किया गया है, तो मेडिकेड लाभ प्राप्त करने से पहले निजी बीमा को पहले मेडिकेड पॉलिसी के तहत बिल किया जाना चाहिए। | | | | | | |
| ***निम्न में से किसी एक की जाँच करें:*** | | | | | | | | | | |
|  | | | | मैं **NC ITP** और इसके अधिकृत सेवा प्रदाताओं के लिए इस IFSP पर पहचानी गई सभी प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के लिए मेरे बच्चे के लिए निजी बीमा और/या मेडिकेड ऑन रिकॉर्ड बिल करने की सहमति देता/देती हूं। मैं बीमा दावे को संसाधित करने के लिए आवश्यक चिकित्सा या नैदानिक जानकारी जारी करने को अधिकृत करता हूं। - **या -** | | | | | | |
|  | | | | मैं NC ITP और अधिकृत सेवा प्रदाताओं के लिए निजी बीमा और / या मेडिकेड को बिल करने के लिए सहमत हूं, मेरे बच्चे के लिए, इस IFSP पर पहचान की गई शुरुआती हस्तक्षेप सेवाओं के लिए निम्नलिखित को छोड़कर (कृपया निर्दिष्ट करें) | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | |
| माता-पिता / अभिभावक के हस्ताक्षर और दिनांक | | | | | |  | माता-पिता / अभिभावक के हस्ताक्षर और दिनांक | | | |
|  | | | | | |  |  | | | |
| प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा समन्वयक (EISC) के हस्ताक्षर और दिनांक | | | | | |  | एजेंसी के प्रतिनिधि या नामित व्यक्ति के हस्ताक्षर/एजेंसी और दिनांक | | | |
|  | | | | | |  |  | | | |
| अन्य हस्ताक्षर और दिनांक | | | | | |  | अन्य हस्ताक्षर और दिनांक | | | |