|  |
| --- |
| برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية  **أولاً: خطة (IFSP)** |

|  |
| --- |
| التواريخ والأحداث الهامة |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم الطفل:** | | | |  | | | | | |
| **تاريخ الميلاد:** | | | |  | | **جنس:  ذكر  أنثى** | | | |
| **السن عند الإحالة:** | | | |  | | **تاريخ الإحالة:** | | |  |
| **تاريخ انعقاد اجتماع خطة (IFSP):** | | | |  | | **تاريخ بدء خطة (IFSP):** | | |  |
| **التاريخ المرحلي لخطة (IFSP):** | | | |  | **لا يطبق** |  | | | |
| **اسم الوالدين:** | | | |  | | **اسم الوالدين:** | | |  |
| **عنوان:** | | | |  | | **عنوان:** | | |  |
| **المدينة/الولاية/الكود البريدي:** | | | |  | | **المدينة/الولاية/الكود البريدي:** | | |  |
| **رقم الهاتف:** | | | | (   )    -  **العمل  المنزل  الجوال**  (   )    -  **العمل  المنزل  الجوال**  (   )    -  **العمل  المنزل  الجوال** | | **رقم الهاتف:** | | (   )    - | |
|  | | **العمل  المنزل  الجوال**  (   )    -  **العمل  المنزل  الجوال**  (   )    -  **العمل  المنزل  الجوال** | |
| **عناوين البريد الإلكتروني:** | | | |  | | **عناوين البريد الإلكتروني:** | |  | |
| **لغة الوالد:** |  | | | | | **لغة الطفل:** |  | | |
| **المنطقة التعليمية للمقيم:** | | |  | | | | | | |
| **مقاطعة:** | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم** | **العلاقة/ المنصب** | **رقم الهاتف:** | **العنوان:** | **تاريخ  البدء:** | **تاريخ الانتهاء:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**أوجه القلق واهتمامات عائلتك وأولوياتها المتعلقة تتمثل في مدى فعالية أداء طفلك وتعلمه والتي تعد حجر الأساس لخطة خدمة الأسرة المنفردة لعائلتك بما في ذلك النتائج أو الأهداف. تعتبر المعلومات التي تختار تقديمها حول نقاط القوة والموارد والدعم في عائلتك مهمة جدًا ومفيدة حيث نعمل جميعًا معًا لتحقيق النتائج المرجوة لطفلك وعائلتك.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تاريخ اكتمال التقييم الأسري:** | **المشاركون/أعضاء الفريق:** | **اسم أداة التقييم الموجه نحو الأسرة:** |

|  |
| --- |
| **مجالات اهتمام الأسرة:** (صف التحديات أو الصعوبات التي يواجهها طفلك أو عائلتك أثناء الأنشطة والروتين اليومي.) |

|  |
| --- |
| **أولويات الأسرة:** (ما الذي يمكن أن نبدأ به الآن والذي من شأنه أن يحدث فرقًا لعائلتك؟) |

|  |
| --- |
| **نقاط القوة والموارد التي تساعد في تلبية احتياجات طفلك وعائلتك:** (قم بتضمين الأشخاص الذين يقدمون نظام دعم لعائلتك، مثل الأقارب وأصدقاء العائلة وزملاء العمل وأي وكالات أو خدمات. قم أيضًا بتضمين الأنشطة والنزهات التي يستمتع بها طفلك وعائلتك، مثل مجموعات اللعب، ووقت قصة المكتبة، والذهاب إلى الحديقة، والنزهات، وما إلى ذلك) |

|  |
| --- |
| **معلومات إضافية:** هل هناك أي شيء آخر تود أن نعرفه قد يكون مفيدًا لأننا نخطط للدعم والخدمات لمعالجة ما هو الأكثر أهمية لطفلك وعائلتك؟ |

مهارات وقدرات الطفل الحالية

يهدف هذا الجزء من خطة (IFSP) إلى تقديم صورة لنقاط قوة طفلك واحتياجاته والأشخاص والأماكن والأشياء التي تهم طفلك وتحفزه والأشياء التي يحبها ويكرهها. انتهجت خطة (IFSP) عدة طرق لفحص وتقييم نمو طفلك: الاختبارات المعيارية الموحدة ومراجعة السجل والملاحظة السريرية وتقرير الوالدين. تُخبرنا المعلومات التي تم جمعها بالمهارات والسلوكيات المتنامية لدى طفلك حتى الآن وكيف يجمع طفلك ويستخدم هذه المهارات والسلوكيات للمشاركة في الأنشطة اليومية. تنقسم المهارات والسلوكيات إلى خمسة مجالات (مجالات النمو).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ التقييم/التقدير:** | | | **من هي الأطراف المشاركة:** | |
| **عمر الطفل:** | | **العمر المعدل:** | | |
| **أدوات التقييم/التقدير والمنهجيات الأخرى المستخدمة:** | | | | |
| **النطاق التنموي** | **المهارات والقدرات** | | | |
| **الأمور مع** **(child's name) التي تجري على ما يرام** | | | **التحديات أو الخطوات القادمة لـ (child's name)** |
| **النطاق الاجتماعي/العاطفي**  (التواصل مع الآخرين، إظهار المشاعر، التعامل مع المواقف على مدار اليوم) |  | | |  |
| **النطاق التكيفي**  (القدرة على مساعدة نفسه في الأنشطة اليومية بما في ذلك تناول الطعام وارتداء الملابس واستخدام المرحاض والنوم وتلبية الاحتياجات) |  | | |  |
| **النطاق المعرفي**  (التفكير والتعلم وكيفية حل الطفل للمشكلات) |  | | |  |
| **نطاق التواصل**  (فهم الكلمات والإيماءات (اللغة المستقبلة)، واستخدام الأصوات والكلمات والإيماءات (اللغة التعبيرية) |  | | |  |
| **نطاق النمو البدني**  (استخدام اليدين والعينين واليدين مع التحكم والتناسق بين الحركة (الحركة الدقيقة)، وقوة الطفل واتساق حركاته وتوازن عضلاته بغرض الحركة (الحركة بمجملها) |  | | |  |

**معلومات بشأن الحالة الصحية للطفل:**

|  |
| --- |
| **ملخص للحالة الصحية الحالية للطفل بناءً على مراجعة السجلات ذات الصلة أو تقرير الوالدين.** *( تتضمن تلك المعلومات تاريخ ميلاد الطفل أو الحالات الطبية أو التشخيصات أو الأمراض أو الاستشفاء أو الأدوية أو حالة الرؤية والسمع أو معلومات أخرى****):*** |
| **ما الأشياء الأخرى التي يجب أن يعرفها الفريق عن صحة طفلك حتى نتمكن من التخطيط بشكل أفضل وتقديم الدعم والخدمات لطفلك وعائلتك؟** |

**تقييم الطفل**

### تضمين ملخص للتقييمات والملاحظات الوظيفية للطفل في بيئته اليومية. قد تتضمن المعلومات المذكورة في هذا القسم ملخصًا من التقييم الأولي للطفل أو تقييمات الطفل المستمرة. يوفر هذا القسم من المعلومات التي ستكون مفيدة في تحديد الدعم والخدمات الأكثر ملاءمة لتلبية احتياجات الطفل المحددة. ضع قائمة بالأفراد المشاركين في التقييم والإجراءات والنتائج ونقاط القوة والاحتياجات الفريدة للطفل. تناول جميع المجالات التنموية إذا كان هذا تقييمًا أوليًا للطفل.

### تقييمات الطفل الوظيفية:

* تستند إلى الملاحظة المستمرة للطفل الذي يشارك في الأنشطة اليومية مع الأشخاص الذين يعرفونهم، في البيئات الطبيعية
* **تضمين العائلات ومقدمي الرعاية كمشاركين نشطين**
* **تم تخصيصها للتعامل مع طريقة التعلم الفريدة لكل طفل**
* **تعكس أن التنمية والتعلم متأصلان في الثقافة وتدعمهما الأسرة**
* **تكامل المعلومات عبر إعدادات النشاط**

|  |  |
| --- | --- |
| **التاريخ** | **الوصف** |
|  |  |

**التقييم الأولي أو نتائج تقييم الطفل:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  |  |  |
| **توقيع المقيم** |  | **التاريخ** |
|  |  |  |
| **توقيع المقيم** |  | **التاريخ** |
|  |  |  |
| **توقيع المقيم** |  | **التاريخ** |

يجب أن تكون النتائج قابلة للقياس وتعكس التغييرات التي تود الأسرة رؤيتها تحدث لأنفسهم ولأطفالهم.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **النتيجة رقم** **ما الذي تود أن تراه أنت وعائلتك لطفلك/عائلتك في الأشهر الستة المقبلة؟** (يجب أن تكون النتيجة وظيفية وفي سياق الروتين والأنشطة اليومية.) | **ما الذي يحدث الآن فيما يتعلق بهذه النتيجة؟ ما الذي تفعله أسرتك حاليًا لدعم تحقيق هذه النتيجة؟** صِف أداء طفلك أو عائلتك فيما يتعلق بالتغيير/النتيجة المرجوة.) | | |
| **ما هي الطرق التي ستعمل بها عائلتك وفريقك لتحقيق هذه النتيجة؟ من سيساعد وماذا سيفعلون؟** (صِف الأساليب والاستراتيجيات التي ستُستخدم لدعم طفلك/عائلتك لتحقيق أهدافك ضمن روتينك وأنشطتك اليومية. قائمة من سيفعل ماذا.) | **كيف سنعرف أننا أحرزنا تقدمًا أو إذا كانت هناك حاجة إلى مراجعات للنتائج أو الاستراتيجيات أو الخدمات؟** (ما هو الفعل أو السلوك الملحوظ الذي سنراه والذي سيظهر لنا أنه يتم إحراز تقدم؟ هل هناك إجراءات أخرى تستخدم لقياس التقدم؟ ما هي المخططات الزمنية الواقعية التي سيتم استخدامها لتحديد التقدم؟)  تاريخ البدء:  التاريخ المستهدف: | | |
| **كيف جرى الأمر؟** (مراجعة بيان التقدم/معايير النجاح) | | |
| التاريخ |  | تم تحقيقه لقد نجحنا! |
| التاريخ |  | تابع واستمر أوشكنا على تحقيق النجاح لنمضي قدماً |
|  |  |
|  | | |
| **لقد تغير الوضع:** | | |
| التاريخ |  | توقف لم يعد ينطبق. |
| التاريخ |  | مراجعة لنجرب شيئًا مختلفًا. |
| التاريخ |  | شروح/تعليقات |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **المكان الرئيسي لخدمات التدخل المبكر:** | | | | | | | | |
| **مزود** | **خدمة التدخل المبكر** | **تاريخ البدء المتوقع** | **تاريخ البدء الفعلي** | **الموقع/ البيئة الأشد طبيعةً** | **الوتيرة / الطول / الشدة / المنهجية** | **ترتيب الدفع والتكلفة للأسرة** | **المدة المتوقعة** | **تاريخ الانتهاء** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **خدمات أخرى:** | **خدمة التدخل المبكر** | **تاريخ البدء:** | **تاريخ الانتهاء:** | **إذا لزم الأمر، كيف يساعد التدخل المبكر (EI) العائلة في الوصول إلى الخدمات الأخرى:** | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |

**تتطلب اللوائح الفيدرالية توفير خدمات التدخل المبكر في البيئات الطبيعية ولا يجوز تقديمها إلا في أماكن أخرى عندما لا يمكن تحقيق النتائج بشكل مرض في البيئة الطبيعية. تسويغ المبرر لدعم قرار خطة (IFSP) بأن النتيجة لا يمكن تحقيقها بشكل مُرضٍ في البيئة الطبيعية يجب توثيقها أدناه.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **النتيجة رقم** | **الخدمة** | 1. **ناقش الجهود والأسباب المنطقية لماذا لا يمكن تحقيق النتيجة في البيئة الطبيعية** | 1. **قم بوصف كيفية تعميم التدخل في الروتين والأنشطة اليومية للطفل والأسرة** | 1. **حدد خطوات نقل التدخل إلى بيئة طبيعية** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **خطط وأنشطة الانتقال** | **إجراءات محددة** | **الشخص المسؤول** | **تاريخ البدء** | **تاريخ الانتهاء** |
| 1. **ناقش ما يعنيه "الانتقال" من التدخل المبكر.** |  |  |  |  |
| 1. **ناقش خيارات ال برنامج الممكنة (بما في ذلك خدمات التعليم الخاص لمرحلة ما قبل المدرسة، و برنامج هيد ستارت، ورعاية الأطفال والخدمات المجتمعية الأخرى) التي قد تكون متاحة عندما لا يكون الطفل مؤهلاً للجزء ج.** |  |  |  |  |
| 1. **بحث الطفل:**   **تم إخطار وحدة (PSU) حيث يقيم الطفل.** |  |  |  |  |
| 1. **أرسل المعلومات المحددة إلى الجزء ب إذا تم تقديم موافقة الوالدين.**   **نعم** **لا** |  |  |  |  |
| 1. **توفير فرصة للوالدين للالتقاء وتلقي المعلومات من وكالة التعليم المحلية أو ممثلي برنامج المجتمع الآخرين حسب الاقتضاء والالتقاء لتطوير خطة انتقالية تتضمن خطوات وأنشطة وخدمات انتقالية.** |  |  |  |  |
| 1. **ضع إجراءات لإعداد الطفل للتغييرات في تقديم الخدمة، بما في ذلك خطوات لمساعدة الطفل على التكيف والعمل في بيئة جديدة.** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **إشعار خطي مسبق** | | | | | |
| **سبب الإخطار الكتابي المسبق:** يجب تقديم إشعار كتابي مسبق إلى أولياء الأمور قبل عشرة (10) أيام من قيام برنامج (NC ITP) باقتراح أو رفض بدء أو تغيير توفير خدمات التدخل المبكر لطفلك والأسرة. قد توافق على أن يتم تنفيذ الإجراء (الإجراءات) المقترحة في وقت أقرب ولا تنتظر العشرة (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** | | | | | |
|  | (*الحروف الأولى للتوقيع*): 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 (خطة (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 رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية 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 (IFSP).** | | | |
|  | | **أرفض حصول طفلي أو عائلتي على: (برجاء التحديد)** | | |  |
|  | **- و -** | | | |  |
| **أوافق على قيام برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية ومقدمي الخدمة بتقديم جميع خدمات برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية الأخرى وتنفيذ جميع الأنشطة الأخرى المدرجة في خطة خدمة الأسرة المنفردة، باستثناء الخدمة أو الخدمات التي حددتها هنا.** | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **الموافقة على تحميل 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 مشمولاًبالتأمين الخاص و ميديكيد، فيجب إصدار فاتورة التأمين الخاص أولاً بموجب بوليصة ميديكيد قبل إمكانية الوصول إلى مزايا ميديكيد.. | | | | |
| **اختيار مما يلي:** | | | | | |
|  | أوافق على قيام برنامج (NC ITP) بولاية كارولينا الشمالية 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. أمنح إذني بالإفصاح عن المعلومات الطبية أو السريرية اللازمة لمعالجة مطالبة التأمين. **- أو -** | | | | |
|  | أوافق على برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية 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 منسق (EISC) والتاريخ | | |  | 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 خطة (IFSP)، بما في ذلك الأسرة، على خدمات التدخل المبكر وغيرها من أشكال الدعم التي سيتم تقديمها لتحقيق النتائج المحددة. | | | | | | | | | |
| **إشعار الحقوق والضمانات الإجرائية** | | | | | | | | | |
|  | (*الأحرف الأولى للتوقيع*): تلقيت نسخةمن ***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 (خطة 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 رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية المحددة في خطة خدمة الأسرة المنفردة ما لم أعطي موافقتي كتابةً. | | | | | | | | | |
| **اختيار مما يلي:** | | | | | | | | | |
|  | **أوافق على برنامج (NC ITP)** **ومقدمي الخدمات 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 خطة (IFSP)، باستثناء الخدمة أو الخدمات التي حددتها هنا.** | | | | | | | |  | |
|  | |
| **الموافقة على فاتورة التأمين** | | | | |  | |  | | |
|  | ***(الأحرف الأولى للتوقيع):*** 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 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 خدمة الأسرة المنفردة هذه بما في ذلك الزيادات في التكرار أو الطول أو المدة أو الشدة. أمنح إذني 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 (EISC) والتاريخ | | | | | |  | | ممثل الوكالة أو من ينوب عنه التوقيع / الوكالة والتاريخ | |
|  | | | | | |  | |  | |
| التوقيع والتاريخ الآخر | | | | | |  | | التوقيع والتاريخ الآخر | |