|  |
| --- |
| Chương trình dành cho Trẻ sơ sinh-Trẻ mới biết đi của tiểu bang Bắc Carolina  **Kế hoạch Dịch vụ Cá nhân dành cho Gia đình (IFSP)** |

|  |
| --- |
| Ngày và Sự kiện Quan trọng |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên của Trẻ:** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ngày sinh:** | |  | | | | | | | | **Giới tính:  Nam  Nữ** | | | | | | |
| **Tuổi khi được Giới thiệu:** | | | | | |  | | | | **Ngày Giới thiệu:** | | | | |  | |
| **Ngày Họp IFSP:** | | | | |  | | | | | **Ngày Bắt đầu IFSP:** | | | | |  | |
| **Ngày IFSP Tạm thời:** | | | | |  | | | | **N/A** |  | | | | | | |
| **Tên Phụ huynh:** | | |  | | | | | | | **Tên Phụ huynh:** | |  | | | | |
| **Địa chỉ:** | | |  | | | | | | | **Địa chỉ:** | |  | | | | |
| **Thành phố/Tiểu bang/Zip:** | | | | | |  | | | | **Thành phố/Tiểu bang/Zip:** | | | | | |  |
| **(Các) Số điện thoại:** | | (   )    -  **Cơ quan  Nhà riêng  Di động**  (   )    -  **Cơ quan  Nhà riêng  Di động**  (   )    -  **Cơ quan  Nhà riêng  Di động** | | | | | | | | **(Các) Số điện thoại:** | | | | (   )    - | | |
|  | **Cơ quan  Nhà riêng  Di động**  (   )    -  **Cơ quan  Nhà riêng  Di động**  (   )    -  **Cơ quan  Nhà riêng  Di động** | | | | | |
| **(Các) Địa chỉ email:** | | | |  | | | | | | **(Các) Địa chỉ email:** | | | |  | | |
| **Ngôn ngữ của phụ huynh:** | | | | | | |  | | | **Ngôn ngữ của trẻ:** | | |  | | | |
| **Khu Học chánh Đang sinh sống:** | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Quận:** |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên** | **Mối quan hệ/Vai trò** | **Số Điện thoại** | **Địa chỉ** | **Ngày Bắt đầu** | **Ngày Kết thúc** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Các mối quan tâm và ưu tiên của gia đình quý vị liên quan đến hoạt động chức năng và quá trình học tập của con quý vị là trọng tâm của Kế hoạch Dịch vụ Cá nhân dành cho Gia đình (IFSP), bao gồm các kết quả hoặc mục tiêu. Thông tin quý vị chọn để cung cấp về điểm mạnh, nguồn lực và sự hỗ trợ của gia đình quý vị là rất quan trọng và hữu ích vì tất cả chúng ta đều cùng nhau nỗ lực làm việc để đạt được kết quả mong muốn cho con quý vị và gia đình quý vị.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ngày Hoàn thành Đánh giá Gia đình:** | **Người tham gia/Thành viên Nhóm:** | **Tên của Công cụ Đánh giá dành cho Gia đình:** |

|  |
| --- |
| **Các Lĩnh vực Quan tâm của Qia đình:** (Mô tả những thách thức hoặc khó khăn mà con quý vị và/hoặc gia đình quý vị gặp phải trong các hoạt động và thói quen hàng ngày.) |

|  |
| --- |
| **Các Ưu tiên của Gia đình:** (Ngay lúc này, chúng tôi có thể bắt đầu từ đâu để tạo nên sự khác biệt cho gia đình quý vị?) |

|  |
| --- |
| **Điểm mạnh và nguồn lực hỗ trợ đáp ứng nhu cầu của con quý vị và gia đình quý vị:** (Bao gồm những người cung cấp hệ thống hỗ trợ cho gia đình quý vị, chẳng hạn như người thân, bạn bè của gia đình, đồng nghiệp cũng như bất kỳ cơ quan hoặc dịch vụ nào. Cũng bao gồm các hoạt động và chuyến đi chơi mà con quý vị và gia đình quý vị thích thực hiện, chẳng hạn như các nhóm vui chơi, thời gian kể chuyện trong thư viện, đi công viên, dã ngoại, v.v.) |

|  |
| --- |
| **Thông tin Bổ sung:** Có điều gì khác quý vị muốn cho chúng tôi biết mà có thể hữu ích khi chúng tôi lập kế hoạch hỗ trợ và dịch vụ để giải quyết những điều quan trọng nhất đối với con quý vị và gia đình quý vị không? |

**Kỹ năng và Khả năng Hiện tại của Trẻ**:

Phần này của IFSP mang đến cái nhìn tổng quan về các điểm mạnh và nhu cầu của con quý vị, những người, địa điểm và những điều thu hút sự quan tâm và tạo động lực cho con quý vị, cũng như những điều con quý vị thích và không thích. CDSA đã sử dụng một số phương pháp để xem xét sự phát triển của con quý vị: bài kiểm tra được tiêu chuẩn hóa, xem xét hồ sơ, quan sát lâm sàng và báo cáo của phụ huynh. Thông tin mà chúng tôi thu thập cho chúng tôi biết về các kỹ năng và hành vi màcon quý vị đã phát triển cho đến nay và cách con quý vị kết hợp cũng như sử dụng các kỹ năng và hành vi này để tham gia vào các hoạt động hàng ngày. Các kỹ năng và hành vi được chia thành năm lĩnh vực (lĩnh vực phát triển).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **(Các) Ngày Đánh giá/Thẩm định:** | | | **Người Tham gia:** | |
| **Tuổi của Trẻ:** | | **Tuổi được Điều chỉnh:** | | |
| **Công cụ Đánh giá/Thẩm định/Các Phương pháp Khác Đã được sử dụng:** | | | | |
| **Lĩnh vực Phát triển** | **Kỹ năng & Khả năng** | | | |
| **Những Điều mà** **(child's name) Thực hiện Tốt** | | | **Các Thách thức hoặc các Bước Tiếp theo dành cho** **(child's name)** |
| **Xã hội/Cảm xúc**  (Liên quan đến những người khác, thể hiện cảm xúc, đối phó với các tình huống diễn ra trong ngày) |  | | |  |
| **Thích ứng**  (Khả năng tự giúp mình trong các hoạt động hàng ngày, bao gồm ăn uống, mặc quần áo, đi vệ sinh, ngủ và đáp ứng các nhu cầu) |  | | |  |
| **Nhận thức**  (Suy nghĩ và học hỏi, cách trẻ giải quyết vấn đề) |  | | |  |
| **Giao tiếp**  (Hiểu từ ngữ và cử chỉ (ngôn ngữ tiếp nhận) và sử dụng âm thanh, từ ngữ và cử chỉ (ngôn ngữ diễn đạt) |  | | |  |
| **Phát triển Thể chất**  (Sử dụng tay, mắt và tay cùng với sự kiểm soát và phối hợp (vận động tinh), sức mạnh, sự phối hợp và sự cân bằng của các cơ để vận động (vận động thô) của trẻ) |  | | |  |

**Thông tin về Sức khỏe của Trẻ**:

|  |
| --- |
| **Tóm tắt tình trạng sức khỏe hiện tại của trẻ dựa trên việc xem xét các hồ sơ thích hợp và/hoặc báo cáo của phụ huynh. *(Điều này có thể bao gồm lịch sử sinh nở, tình trạng hoặc chẩn đoán y tế, bệnh tật, những lần nhập viện, thuốc men, tình trạng thị lực và thính lực của trẻ hoặc các thông tin khác):*** |
| **Nhóm nên biết điều gì khác về sức khỏe của con quý vị để chúng tôi có thể lập kế hoạch tốt hơn cũng như cung cấp các hỗ trợ và dịch vụ cho con quý vị và gia đình quý vị?** |

**Thẩm định Trẻ**

### Bao gồm một bản tóm tắt các thẩm định và quan sát về chức năng của trẻ trong môi trường hàng ngày. Thông tin được ghi chú trong phần này có thể bao gồm bản tóm tắt từ lần thẩm định trẻ ban đầu hoặc các lần thầm định trẻ đang được thực hiện. Phần này của IFSP cung cấp thông tin hữu ích trong việc xác định các hỗ trợ và dịch vụ phù hợp nhất để đáp ứng nhu cầu cụ thể của trẻ. Liệt kê các cá nhân tham gia vào quá trình thẩm định, các thủ tục, kết quả cũng như các điểm mạnh và nhu cầu riêng của trẻ. Giải quyết tất cả các lĩnh vực phát triển nếu đây là lần thẩm định trẻ ban đầu.

### Thẩm định trẻ về hoạt động chức năng:

* Dựa trên việc liên tục quan sát trẻ trong quá trình tham gia vào các hoạt động hàng ngày với những người mà trẻ biết, trong môi trường tự nhiên
* **Thu hút các gia đình và người chăm sóc trở thành những người tham gia tích cực**
* **Được cá nhân hóa để giải quyết cách học riêng của mỗi đứa trẻ**
* **Phản ánh rằng sự phát triển và học tập bắt nguồn từ văn hóa và được gia đình hỗ trợ**
* **Tích hợp thông tin qua các thiết lập hoạt động**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ngày** | **Mô tả** |
|  |  |

**Kết quả Thẩm định và/hoặc Đánh giá Ban đầu của Trẻ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  |  |  |
| **Chữ ký của Người đánh giá** |  | **Ngày** |
|  |  |  |
| **Chữ ký của Người đánh giá** |  | **Ngày** |
|  |  |  |
| **Chữ ký của Người đánh giá** |  | **Ngày** |

Kết quả phải đo lường được và phản ánh những thay đổi mà gia đình muốn thấy chúng xảy ra cho chính họ và con của họ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kết quả #** **Quý vị và gia đình muốn thấy điều gì xảy ra với con/gia đình quý vị trong sáu tháng tới?** (Kết quả phải liên quan đến chức năng hoạt động và diễn ra trong bối cảnh của các thói quen và hoạt động hàng ngày.) | **Điều gì hiện đang xảy ra có liên quan đến kết quả này? Gia đình quý vị hiện đang làm gì để hỗ trợ đạt được kết quả này? (**Mô tả hoạt động của con quý vị và/hoặc gia đình liên quan đến sự thay đổi/kết quả mong muốn.) | | |
| **Gia đình và nhóm của quý vị sẽ làm việc theo những cách nào để đạt được kết quả này? Người giúp đỡ là ai và họ sẽ làm gì?** (Mô tả các phương pháp và chiến lược sẽ được sử dụng để hỗ trợ con /gia đình quý vị đạt được các mục tiêu trong các thói quen và hoạt động hàng ngày của quý vị. Liệt kê ai sẽ làm việc gì.) | **Làm thế nào chúng ta biết được chúng ta đã đạt được tiến độ hoặc liệu có cần sửa đổi kết quả, chiến lược hoặc dịch vụ không?** (Hành động hoặc hành vi có thể quan sát nào mà chúng ta thấy sẽ cho chúng ta biết rằng tiến độ đang được thực hiện? Có quy trình nào khác đang được sử dụng để đo lường tiến độ không? Những mốc thời gian thực tế nào sẽ được sử dụng để xác định tiến bộ?)  **Ngày Bắt đầu:**  **Ngày Hoàn thành:** | | |
| **Chúng ta đã làm như thế nào?** (Đánh giá tuyên bố về tiến độ/Tiêu chí thành công) | | |
| Ngày: |  | Hoàn thành. Chúng ta làm được rồi! |
| Ngày: |  | Đang thực hiện. Chúng ta sắp làm được rồi. Hãy tiếp tục nào. |
|  |  |
|  | | |
| **Tình hình đã thay đổi:** | | |
| Ngày: |  | Dừng lại. Không còn áp dụng. |
| Ngày: |  | Sửa đổi. Hãy thử thực hiện hành động khác. |
| Ngày: |  | Giải thích/Nhận xét |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Địa điểm Chính cung cấp Dịch vụ Can thiệp Sớm:** | | | | | | | | |
| **Dịch vụ Can thiệp Sớm** | **Nhà cung cấp** | **Ngày Bắt đầu Dự kiến** | **Ngày Bắt đầu Thực tế** | **Địa điểm/Môi trường Tự nhiên Nhất** | **Tần suất/Thời gian/Cường độ/Phương pháp** | **Sắp xếp Thanh toán & Chi phí cho Gia đình** | **Thời lượng Dự kiến** | **Ngày Kết thúc** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Các dịch vụ khác:** | **Nhà cung cấp:** | **Ngày Bắt đầu:** | **Ngày Kết thúc:** | **Nếu cần, Can thiệp Sớm (EI) sẽ giúp gia đình tiếp cận các dịch vụ khác như thế nào:** | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |

**Các quy định của liên bang yêu cầu các dịch vụ can thiệp sớm phải được cung cấp trong môi trường tự nhiên và chỉ có thể được cung cấp trong các môi trường khác khi không thể đạt được kết quả thỏa đáng trong môi trường tự nhiên. Lý do biện minh cho quyết định của nhóm IFSP rằng không thể đạt được kết quả một cách thỏa đáng trong môi trường tự nhiên phải được ghi lại dưới đây.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kết quả #** | **Dịch vụ** | 1. **Thảo luận về những Nỗ lực và Lý do Tại sao Không thể Đạt được Kết quả trong Môi trường Tự nhiên** | 1. **Mô tả Cách Can thiệp sẽ được Áp dụng Rộng rãi vào các Thói quen và Hoạt động Hàng ngày của Trẻ và Gia đình** | 1. **Xác định các Bước để Đưa Can thiệp vào Môi trường Tự nhiên** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Các Kế hoạch và Hoạt động Chuyển tiếp** | **Hành động Cụ thể** | **Người chịu Trách nhiệm** | **Ngày Bắt đầu** | **Ngày Hoàn thành** |
| 1. **Thảo luận về ý nghĩa của việc “chuyển tiếp” từ can thiệp sớm.** |  |  |  |  |
| 1. **Thảo luận về các tùy chọn chương trình khả thi (bao gồm các dịch vụ giáo dục đặc biệt mầm non, Head Start, chăm sóc trẻ em và các dịch vụ cộng đồng khác) có thể áp dụng khi trẻ không còn đủ điều kiện tham gia Phần C.** |  |  |  |  |
| 1. **Tìm Trẻ:**   **Đơn vị Trường Công lập (PSU) nơi trẻ theo học đã được thông báo.** |  |  |  |  |
| 1. **Gửi thông tin cụ thể đến Phần B nếu được sự đồng ý của phụ huynh.**   **Có**  **Không** |  |  |  |  |
| 1. **Tạo cơ hội cho phụ huynh gặp gỡ và nhận thông tin từ cơ quan giáo dục địa phương và/hoặc các đại diện của chương trình cộng đồng khác khi thích hợp và gặp gỡ để xây dựng kế hoạch chuyển tiếp với các bước, hoạt động và dịch vụ chuyển tiếp.** |  |  |  |  |
| 1. **Thiết lập các quy trình để chuẩn bị cho trẻ trước những thay đổi trong việc cung cấp dịch vụ, bao gồm các bước giúp trẻ thích nghi và hoạt động trong môi trường mới.** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 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 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 (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 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | |