|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***برنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية******الإشعار الكتابي المسبق  والموافقة على التقييم والتقدير*** | | | | | | |
| اسم الطفل: |  | | | | تاريخ الميلاد: |  |
|  | |  | | |  |  |
| **سبب الإخطار الكتابي المسبق:** هذا الخطاب لإعلامك بأن اللوائح الفيدرالية والخاصة بالولاية تتطلب من برنامج (NC ITP) تقديم إشعار كتابي قبل عشرة (10) أيام لإجراء أنشطة التقييم والتقدير. قد توافق على أن يتم تنفيذ الإجراءات المقترحة في وقت أقرب بدون الحاجة لانتظار مدة عشرة (10) أيام. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ***حدد الإجراءات المناسبة التي يتم تقديم إشعار كتابي مسبق لها وطلب الموافقة بناءً عليه*** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **تقييم الأهلية** | | | **تقييم الطفل** | | | |
| **الإجراء المقترح:**  التقييم الأولي لتحديد الأهلية **أو**  التقييم بعد الالتحاق للبرنامج لتحديد الأهلية المستمرة | | | **الإجراء المقترح:**  التقييم الأولي للطفل **أو**  تقييم الطفل بعد الالتحاق للبرنامج للمساعدة بعملية التخطيط للتدخل | | | |
| **الإجراء: تقييم الأهلية**  **السبب:** الغرض من إجراء التقييم يتمثل في تحديد الأهلية الأولية أو المستمرة لطفلك للالتحاق ببرنامج (NC ITP). | | | **الإجراء: تقييم الطفل**  السبب: يتم إجراء تقييم الطفل للأطفال المؤهلين قبل التطوير الأولي لخطة (IFSP) للإبلاغ عن خطة التدخل. يمكن إجراء تقييمات إضافية بعد التسجيل حسب الحاجة للمساعدة في التخطيط المستمر للتدخل. | | | |
|  | | | | | | |
| **الموافقة على تقييم الأهلية** | | | **الموافقة على تقييم الطفل** | | | |
| لقد تم **إبلاغي بشكل كامل** بجميع المعلومات ذات الصلة بتقييم الأهلية. أدرك أن موافقتي طوعية ويمكن إلغاؤها كتابيًا في أي وقت. أدرك أن طفلي لن يتلقى تقييم الأهلية ما لم أعطي موافقتي كتابةً. | | | لقد تم **إبلاغي بشكل كامل** بجميع المعلومات ذات الصلة تقييم الطفل. أدرك أن موافقتي طوعية ويمكن إلغاؤها كتابيًا في أي وقت. أدرك أن طفلي لن يتلقى تقييم الأهلية ما لم أعطي موافقتي كتابةً. | | | |
| ***(الأحرف الأولى للتوقيع)*** *أمنح موافقتي لبرنامج* NC ITP *لتنفيذ تقييم الأهلية على النحو الموضح أعلاه.* | | | ***(الأحرف الأولى للتوقيع)*** *أمنح موافقتي لبرنامج* NC ITP *لتنفيذ التقييم على النحو الموضح أعلاه.* | | | |
|  | | | | | | |
| **الموافقة على تجميل التكاليف على التأمين / ميديكيد**        ***(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.        ***(الأحرف الأولى للتوقيع)*** أفهم أن أنشطة التقييم والتقدير وتنسيق الخدمة يتم توفيرها مجانًا لكافة العائلات بغض النظر عن الموافقة على فوترة مزايا التأمين الخاصة أو الحكومية.  أوافق  لا أوفق على إرسال القائمين على برنامج NC ITP أو مزودي الخدمة المخولين لأي فواتير لشركات التأمين الحكومية أو الخاصة (ميديكيد) والمسجلة لطفلي لتقييم الأهلية أو تقييم الطفل (وأنشطة تنسيق الخدمة ذات الصلة حسب الاقتضاء قبل التطوير الأولي لخطة *IFSP)*). أمنح إذني بالإفصاح عن المعلومات الطبية أو السريرية اللازمة لمعالجة مطالبة التأمين. إذا كان طفلي مشمولاً بالتأمين الخاص وميديكيد، فأنا أتفهم أن بوليصة ميديكيد التأمينية تقتضي أنه يجب دفع فاتورة التأمين الخاص أولاً قبل إمكانية الوصول إلى مزايا ميديكيد. | | | | | | |
| توقيع الوالد: | | | |  | التاريخ: | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **إشعار الوالدين بحقوق الطفل والأسرة والضمانات الإجرائية:** يتم تقديم نسخة من ***إشعار حقوق الطفل والأسرة لبرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*** إليكم ويتم مراجعة الحقوق ذات الصلة والضمانات الإجرائية وشرحها كمرافقة لجميع نماذج الإخطار الكتابي المسبق. تتضمن هذه المعلومات جميع الضمانات الإجرائية المتاحة، بما في ذلك وصف إجراءات الشكوى والجداول الزمنية لتلك الإجراءات. |  | **For CDSA Use** (check and complete all that apply): | | | | |
|  |  |  | Notice mailed on |  | | |
|  |  |  | Notice hand-delivered on | | |  |
|  |  |  | Parent agreed on | |  | |
|  |  |  | to have the proposed action(s) occur sooner and not wait the ten (10) day prior notice time. | | | |