|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de Revisión** | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| CICLO DE REVISIÓN   Semestral  Anual  Otro | | | | | | | | Fecha para la Próxima Revisión |
| **Aviso por Escrito** | | | | | | | | |
| **Motivo para el Aviso por Escrito:** El aviso por escrito se debe proporcionar a los padres diez (10) días antes que el Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte (NC ITP) proponga, o rechace, iniciar o modificar el suministro de servicios de intervención temprana para su hijo y familia. Puede acordar tener la(s) acción(es) propuesta(s) con mayor rapidez y no esperar los diez (10) días.  **Acción Propuesta:** Para iniciar o modificar los servicios listados en el IFSP para los cuales se proporciona el consentimiento, de acuerdo con el Plan de Entrega del Servicio.  **Motivos para Tomar la Acción**: Después de analizar toda la información de evaluación/valoración, incluso observaciones de la familia, inquietudes, prioridades y recursos, el equipo del IFSP, incluyendo la familia, acordó los servicios de intervención temprana y otros apoyos a proporcionar para alcanzar los resultados establecidos. | | | | | | | | |
| **Aviso de Derechos y Garantías Procesales** | | | | | | | | |
|  | | | He recibido una copia de los ***Derechos del Niño y la Familia del Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte*** junto con este aviso por escrito. Esta información incluye todas las garantías procesales que están disponibles, incluyendo una descripción de los procedimientos de reclamo y los plazos para estos procedimientos. Me han explicado estos derechos y los comprendo. | | | | | |
| **Consentimiento de los Padres para la Prestación de Servicios de Intervención Temprana** | | | | | | | | |
| Participé en el desarrollo de este IFSP. Comprendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Comprendo que puedo rechazar un servicio o servicios sin perjuicio de cualquier otro servicio de intervención temprana. Comprendo que mi hijo no recibirá los servicios de NC ITP identificados en el IFSP a menos que brinde mi consentimiento escrito. | | | | | | | | |
| **Marque uno de los siguientes puntos:** | | | | | | | | |
|  | | | **Doy mi consentimiento para el Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte y los prestadores de servicio proporcionen los servicios de NC ITP y actividades enumeradas en este IFSP.** | | | | | |
|  | | | **Yo rechazo recibir para mi hijo o familia: (especifique)** | | | |  | |
| — **Y** — | | | | | | |  | |
| **Doy mi consentimiento para que el NC ITP y los prestadores de servicio brinden todos los otros servicios de NC ITP y realicen todas las otras actividades listadas en este IFSP, EXCLUYENDO el o los servicios que he especificado aquí.** | | | | | | |  | |
|  | |
| **Consentimiento para Facturar al Seguro** | | | | |  | |  | |
|  | | | **(*inicializar)*** He recibido una copia de la ***Notificación del Sistema de Pago del NC ITP***. Me han explicado y comprendo las notificaciones relacionadas con la facturación de beneficios de seguro privado y público. | | | | | |
|  | | | ***(inicializar)*** La información del seguro para mi hijo en el registro es actual y correcta. | | | | | |
|  | | | ***(inicializar si corresponde)*** Comprendo que mi hijo está cubierto por un seguro privado y Medicaid, el seguro privado debe ser facturado primero según la Política de Medicaid, antes de poder acceder a los beneficios de Medicaid. | | | | | |
|  | | | **Marque uno de los siguientes puntos:** | | | | | |
|  | | | Doy mi consentimiento para que el NC ITP y sus prestadores de servicio autorizados facturen al seguro privado y / o Medicaid que consta en el archivo mi hijo por todos los servicios de intervención temprana según están identificados en este IFSP incluyendo la frecuencia del largo, duración o intensidad. Autorizo la divulgación de información médica o clínica necesaria para procesar el reclamo del seguro. **— O —** | | | | | |
|  | | | Doy mi consentimiento para que el NC ITP y sus prestadores de servicio autorizados facturen al seguro privado y / o Medicaid, que consta registrado para mi hijo, por cualquier nuevo servicio de intervención temprana o por cualquier incremento en la frecuencia, extensión, duración, o intensidad por servicios identificado durante esta reunión de revisión del IFSP, ***excepto*** para los siguientes *(por favor especifique)* | | | | | |
| **Encuesta a la familia de los resultados** | | | | | | | | |
|  | En la revisión semestral, se discutió la encuesta a la familia de los resultados. Me dieron la oportunidad de completar la encuesta. | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | |
| Firma del Padre/Tutor y Fecha | | | | | |  | Firma del Padre/Tutor y Fecha | |
|  | | | | | |  |  | |
| Firma del Coordinador del Servicio de EI y Fecha | | | | | |  | Firma del Representante de la Agencia o Representante Designado/Agencia y Fecha | |
|  | | | | | |  |  | |
| Otra Firma y Fecha | | | | | |  | Otra Firma y Fecha | |