|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ကြိုတင်ရေးသားထားသော သတိပေးချက်** | | |
| **ကြိုတင်ရေးသားထားသော သတိပေးချက်အတွက် အကြောင်းပြချက်-** သင့်ကလေးနှင့် မိသားစုအတွက် အစောပိုင်း ကြားဝင် ဆောင်ရွက်ပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို စတင်ရန် သို့မဟုတ် ပြောင်းလဲရန် မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး အစီအစဉ် (NC ITP) မှ အဆိုပြုခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းဆိုခြင်း မပြုမီ ဆယ် (10) ရက်အလိုတွင် မိဘများထံ စာဖြင့်အကြောင်းကြားရပါမည်။ အဆိုပြုထားသော လုပ်ဆောင်ချက်(များ)ကို (10)ရက် မစောင့်ဘဲ ဆောလျင်စွာ ဆောင်ရွက်ရန် သင်သဘောတူနိုင်ပါသည်။  **အဆိုပြုထားသော လုပ်ဆောင်မှု–** ဝန်ဆောင်မှု ပေးအပ်ခြင်း အစီအစဉ်အရ ခွင့်ပြုချက်ပေးထားသည့် IFSP တွင် ဖော်ပြထားသော ဝန်ဆောင်မှုများကို စတင်ရန်။  **လုပ်ဆောင်ရသည့် အကြောင်းရင်းများ-** မိသားစုလေ့လာတွေ့ရှိချက်များ၊ စိုးရိမ်မှုများ၊ ဦးစားပေးများနှင့် အရင်းအမြစ်များအပါအဝင် အကဲဖြတ်ချက်/ စစ်ဆေးမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်အားလုံးကို ဆွေးနွေးပြီးနောက် မိသားစုအပါအဝင် IFSP အဖွဲ့သည် သတ်မှတ်ရလဒ်များရရှိရန် အစောပိုင်းကြားဝင်ဆောင်ရွက်ပေးမှုများနှင့် အခြားပံ့ပိုးမှုများအပေါ် သဘောတူညီခဲ့သည်။ | | |
| **အခွင့်အရေးနှင့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်း အကာအကွယ်များ သတိပေးချက်** | | |
|  | (*လက်မှတ်တိုထိုးပါ*) ကျွန်ုပ်သည် ဤကြိုတင်ရေးသားထားသော အသိပေးချက်နှင့်အတူ ***NC မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စ ကလေး အစီအစဉ် သတိပေးချက် ကလေးနှင့် မိသားစုအခွင့်အရေးများ*** မိတ္တူကို လက်ခံရရှိထားပါသည်။ ဤအချက်အလက် များတွင် တိုင်ကြားမှုလုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ ဖော်ပြချက်နှင့် အဆိုပါလုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအတွက် အချိန်ဇယားများအပါအဝင် ရရှိနိုင်သော လုပ်ထုံးလုပ်နည်းဆိုင်ရာ အကာအကွယ်များအားလုံး ပါဝင်ပါသည်။ ဤအခွင့်အရေးများကို ကျွန်ုပ်အား ရှင်းပြပြီးဖြစ်ပြီး ၎င်းတို့ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ | |
| **အစောပိုင်း ကြားဝင်ဆောင်ရွက်ပေးမှု ဝန်ဆောင်မှုများ ပံ့ပိုးမှုအတွက် မိဘ၏ သဘောတူညီချက်** | | |
| ဤ IFSP ရေးဆွဲရာတွင် ကျွန်ုပ်ပါဝင်ခဲ့ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏သဘောတူညီချက်သည် ဆန္ဒအလျောက်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် အချိန်မရွေး စာဖြင့် ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း နားလည်သည်။ အခြားသော အစောပိုင်းကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှုဝန်ဆောင်မှု(များ)ကို မထိခိုက်စေဘဲ ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများကို ငြင်းပယ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏စာဖြင့်ခွင့်ပြုချက်မပေးပါက ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် IFSP တွင်ဖော်ပြထားသော NC ITP ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရရှိမည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ | | |
| **အောက်ပါအချက်များထဲမှ တစ်ခုကို အမှန်ခြစ်ပါ-** | | |
|  | **IFSP တွင်ဖော်ပြထားသော NC ITP ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် လုပ်ဆောင်ချက်များအား ပံ့ပိုးပေးရန် NC ကလေး-ကလေးသူငယ်အစီအစဉ်နှင့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအား ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည်။** | |
|  | **ကျွန်ုပ်၏ကလေး သို့မဟုတ် မိသားစုအတွက် အောက်ပါတို့ကို လက်ခံရန် ကျွန်ုပ်ငြင်းဆိုပါသည်- (အသေးစိတ်ရေးပါ)** |  |
|  | **— နှင့် —** |  |
| **ဤနေရာတွင် ကျွန်ုပ်သတ်မှတ်ထားသော ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများမှလွဲ၍အခြား NC ITP ဝန်ဆောင်မှုများအားလုံးကို ပံ့ပိုးရန်နှင့် ဤ IFSP တွင်ဖော်ပြထားသော အခြားလုပ်ဆောင်မှုများ အားလုံးကို လုပ်ဆောင်ရန်အတွက် NC ITP နှင့် ဝန်ဆောင်မှု ပေးသူများကို ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည်။** | |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **အာမခံ / Medicaid သို့ ငွေတောင်းခံရန်သဘောတူညီချက်** | |  |  |
|  | ***(လက်မှတ်အတိုထိုးပါ) ငွေပေးချေမှု အသိပေးချက် NC ITP စနစ်***၏ မိတ္တူကို ကျွန်ုပ် လက်ခံရရှိခဲ့ပါသည်။ ပုဂ္ဂလိကနှင့် အစိုးရအာ မခံအကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံခြင်း အသိပေးချက်များကို ကျွန်ုပ်အားရှင်းပြခဲ့ပြီး ၎င်းတို့ကိုနားလည်ပါသည်။ | | |
|  | ***(လက်မှတ်အတိုထိုးပါ)*** ကျွန်ုပ်ကလေးအတွက် မှတ်တမ်းပါ အာမခံအချက်အလက်များသည် လက်ရှိအချက်အလက်များဖြစ်ပြီး တိကျပါသည်။ | | |
|  | ***(ဖြစ်နိုင်လျှင်******လက်မှတ်အတိုထိုးပါ)*** ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား ပုဂ္ဂလိကအာမခံနှင့် Medicaid မှ အာမခံကာကွယ်ထားပါက Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များကို မရရှိနိုင်မီတွင် ပုဂ္ဂလိကအာမခံကို Medicaid မူဝါဒအောက်တွင် ဦးစွာငွေတောင်းခံရမည်ဟု ကျွန်ုပ်နားလည် ပါသည်။  **အောက်ပါအချက်များထဲမှ တစ်ခုကို အမှန်ခြစ်ပါ-** | | |
|  | ဤ IFSP တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း အစောပိုင်း ကြားဝင်ဆောင်ရွက်ပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှု အားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်ကလေးအ တွက် ပုဂ္ဂလိကအာမခံနှင့်/သို့မဟုတ် Medicaid ကို ငွေတောင်းခံရန် NC ITP နှင့် ၎င်း၏လုပ်ပိုင်ခွင့်ရ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအား ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည်။ အာမခံတောင်းဆိုမှုကို လုပ်ဆောင်ရန် လိုအပ်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ဆေးခန်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်ထုတ်ပြန်ခွင့်ပြုပါသည်။ **— သို့မဟုတ် —** | | |
|  | အောက်ပါ IFSP ***မှလွဲ၍*** ဤ IFSP တွင်သတ်မှတ်ထားသော အစောပိုင်းကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျွန်ုပ်၏က လေး အတွက် သီးသန့်အာမခံနှင့်/သို့မဟုတ် Medicaid ကို ပေးဆောင်ရန် NC ITP နှင့် လုပ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအား ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည် *(ကျေးဇူးပြု၍ အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ*) | | |
|  | |  |  |
| မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲ | |  | မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲ |
|  | |  |  |
| EI ဝန်ဆောင်မှုညှိနှိုင်းရေးမှူး လက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲ | |  | အေဂျင်စီ ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် တာဝန်ရှိသူ လက်မှတ်/အေ ဂျင်စီနှင့် ရက်စွဲ |
|  | |  |  |
| အခြားလက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲ | |  | အခြားလက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲ |