|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **اطلاعیه کتبی قبلی** | | | | |
| **علت اطلاعیه کتبی قبلی:** ده (10) روز قبل از اینکه برنامه نوزادان و اطفال نوپای کارولینای شمالی (NC ITP) پیشنهاد یا رد، یا شروع یا تغییر ارائه خدمات مداخله زودهنگام برای طفل و خانواده شما را بدهد، باید به والدین اطلاع کتبی قبلی داده شود. شما می‌توانید موافقت کنید که اقدام(های) پیشنهادی زودتر انجام شود و ده (10) روز منتظر نمانید.  **اقدام پیشنهادی:** شروع خدمات ذکر شده در IFSP که برای آنها رضایت داده شده است، طبق طرح ارائه خدمات.  **دلایل اقدام:** پس از بحث در مورد تمام معلومات ارزیابی/سنجش، از جمله مشاهده خانواده، نگرانی‌ها، اولویت‌ها و منابع، تیم IFSP، شامل خانواده، در مورد خدمات مداخله زودهنگام و سایر پشتیبانی‌هایی که باید برای دستیابی به نتایج تعیین‌شده ارائه شود، توافق کردند. | | | | |
| **اطلاعیه حقوق و ضمانت‌های رویه‌ای** | | | | |
|  | *(با حروف اول نام امضا کنید)* من یک کاپی ***حقوق طفل و خانواده برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی*** را به همراه این اطلاعیه کتبی قبلی دریافت کرده‌ام. این معلومات شامل تمام ضمانت‌های رویه‌ای موجود، از جمله شرح رویه‌های شکایت و جدول زمانی برای این رویه‌ها است. ای حقوق به من توضیح داده شده و من آنها را درک می‌کنم. | | | |
| **رضایت والدین برای فراهم سازی خدمات مداخله زودهنگام (در دوران طفولیت)** | | | | |
| من در توسعه این IFSP شرکت داشتم. من می دانم که رضایت من داوطلبانه بوده و می توانم در هر زمان آن را کتباً لغو نمایم. من می دانم که می‌توانم بدون به خطر انداختن سایر خدمات مداخله زودهنگام، از دریافت یک یا چند خدمت خودداری کنم. من می دانم که طفلم خدمات ITP ایالت کارولینای شمالی که در IFSP مشخص شده است را دریافت نخواهد کرد، مگر اینکه رضایت کتبی خود را ارائه دهم. | | | | |
| **یکی از گزینه های ذیل را انتخاب کنید:** | | | | |
|  | **من به برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی و فراهم کنندگان خدمات، برای ارائه خدمات و فعالیت‌های ITP کارولینای شمالی که در این IFSP ذکر شده‌اند، رضایت می‌دهم.** | | | |
|  | **من با دریافت موارد ذیل توسط طفلم یا خانواده‌ام موافقت نمی کنم (مشخص نمائید)** | | |  |
|  | **— و —** | | |  |
| **من به ITP کارولینای شمالی و فراهم کنندگان خدمات رضایت می‌دهم که سایر خدمات ITP کارولینای شمالی را ارائه دهند و سایر فعالیت‌های ذکر شده در این IFSP را انجام دهند، به استثنای خدمت یا خدماتی که در اینجا مشخص کرده‌ام.** | | | |  |
|  | | | |  |
| **رضایت با فرستادن بل به بیمه / Medicaid** | |  |  | |
|  | ***(با حروف اول نام امضا کنید)*** من یک کاپی از ***اطلاعیه سیستم پرداخت ITP کارولینای شمالی*** را دریافت کرده‌ام. اطلاعیه‌های مربوط به صدور بل به مزایای بیمه خصوصی و دولتی برای من توضیح داده شده است و من آنها را درک می کنم. | | | |
|  | ***(با حروف اول نام امضا کنید)*** معلومات بیمه ثبت شده برای طفلم به‌روز و دقیق است. | | | |
|  | ***(با حروف اول نام امضا کنید اگر قابل اجرا باشد)*** من می دانم که اگر فرزندم تحت پوشش بیمه خصوصی و Medicaid باشد، قبل از دسترسی به مزایای Medicaid، ابتدا باید بل بیمه خصوصی طبق سیاست Medicaid صادر شود.  **یکی از گزینه های ذیل را انتخاب کنید:** | | | |
|  | من به ITP کارولینای شمالی و فراهم کنندگان خدمات مجاز رضایت می‌دهم که برای تمام خدمات مداخله زودهنگام که در این IFSP مشخص شده است به بیمه خصوصی و/یا Medicaid که در قضیه طفلم ثبت شده است، بل صادر کنند. من اجازه انتشار معلومات طبی یا کلینیکی لازم برای پروسس درخواست بیمه را می‌دهم. **— یا —** | | | |
|  | من به ITP کارولینای شمالی و فراهم کنندگان خدمات مجاز اجازه می‌دهم که برای خدمات مداخله زودهنگام که در این IFSP مشخص شده است، ***به جز*** موارد ذیل (*لطفاً مشخص کنید*) به بیمه خصوصی و/یا Medicaid که برای طفلم ثبت شده است، بل صادر کنند | | | |
|  | |  |  | |
| تاریخ و امضای ولی/سرپرست: | |  | تاریخ و امضای ولی/سرپرست: | |
|  | |  |  | |
| امضای هماهنگ کننده EI و تاریخ | |  | امضای نماینده اداره یا نماینده تعیین شده/اداره و تاریخ | |
|  | |  |  | |
| تاریخ و امضای دیگر | |  | تاریخ و امضای دیگر | |