|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **پیشگی تحریری نوٹس** | | | | |
| **پیشگی تحریری نوٹس کی وجہ:** نارتھ کیرولینا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام (NC ITP) جب آپ کے بچے اور خاندان کے لیے ابتدائی مداخلتی سروسز شروع کرنے، تبدیل کرنے یا ان سے انکار کرنے کی تجویز پیش کرتا ہے، تو والدین کو پیشگی تحریری اطلاع کم از کم دس (10) دنوں پہلے دینا ضروری ہے۔ آپ مجوزہ کارروائی (کارروائياں) زیادہ جلد ہونے اور دس (10) دنوں تک انتظار نہ کرنے پر متفق ہوسکتے ہیں۔  **تجویز کردہ کارروائی:** سروس ڈیلیوری پلان کے مطابق، IFSP پر درج سروسز شروع کرنے کے لیے جن کے لیے رضامندی فراہم کی جاتی ہے۔  **کارروائی کرنے کی وجوہات**: خاندان کے مشاہدات، تشویشات، ترجیحات اور وسائل سمیت تمام جائزے/تشخیص کی معلومات پر بحث کرنے کے بعد، IFSP ٹیم، بشمول خاندان، ابتدائی مداخلتی سروسز اور قائم شدہ نتائج کو حاصل کرنے کے لیے فراہم کیے جانے والے دیگر تعاون پر متفق ہوئی۔ | | | | |
| **حقوق اور دستوری تحفظات کا نوٹس** | | | | |
|  | *(مختصر دستخط)* مجھے یہ پیشگی تحریری اطلاع موصول ہونے کے ساتھ ***NC اِنفنٹ-ٹوڈلر پروگرام کے نوٹس، بچے اور خاندان کے حقوق*** کی ایک نقل بھی موصول ہوئی ہے وصول ہوئی ہے۔ ان معلومات میں وہ تمام دستوری تحفظات شامل ہیں جو دستیاب ہیں، جن میں شکایت کے طریقہ کار کی وضاحت اور ان طریقہ کار کے لیے پیمانہ وقت شامل ہیں۔ یہ حقوق مجھے سمجھائے گئے ہیں اور میں ان کو سمجھتا ہوں۔ | | | |
| **ابتدائی مداخلتی سروسز کی فراہمی کے لیے والدین کی رضامندی** | | | | |
| میں نے اس IFSP کی پیشرفت میں شرکت کیا ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ میری رضامندی رضاکارانہ ہے اور کسی بھی وقت تحریری طور پر اسے منسوخ کی جا سکتی ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں کسی دوسری ابتدائی مداخلت کی سروس (سروسز) کو خطرے میں ڈالے بغیر کسی سروس یا سروسز کو مسترد کر سکتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میرا بچہ IFSP پر شناخت شدہ NC ITP سروسز حاصل نہیں کرے گا جب تک کہ میں اپنی تحریری رضامندی نہ دوں۔ | | | | |
| **درج ذیل میں سے ایک پر نشان لگائيں:** | | | | |
|  | **میں NC انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام اور سروس فراہم کنندگان کو NC ITP سروسز اور IFSP میں درج سرگرمیاں فراہم کرنے کی رضامندی دیتا ہوں۔** | | | |
|  | **میں** **اپنے بچے یا خاندان کی طرف سے اسے موصول کرنے سے** **انکار کرتا ہوں**: **(وضاحت کریں)** | | |  |
|  | **— اور —** | | |  |
| **میں NC ITP اور سروس فراہم کنندگان کو اس IFSP پر درج تمام دیگر NC ITP سروسز فراہم کرنے اور تمام دیگر سرگرمیاں انجام دینے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں، سوائے ان سروسز کے جنہیں میں نے یہاں واضح طور پر خارج کیا ہے۔** | | | |  |
|  | | | |  |
| **انشورنس / میڈی کیڈ سے بلنگ کی اجازت** | |  |  | |
|  | **(** ***مختصر دستخط)*** مجھے ***NC ITP سسٹم آف پیمنٹ نوٹیفکیشن*** کی ایک کاپی موصول ہوئی ہے۔ مجھے نجی اور سرکاری انشورنس فوائد کی بلنگ سے متعلق اطلاعات کی وضاحت کر دی گئی ہے اور میں انہیں سمجھتا ہوں۔ | | | |
|  | ***(مختصر دستخط)*** میرے بچے کے لیے ریکارڈ پر موجود بیمہ کی معلومات تاحال تازہ اور درست ہے۔ | | | |
|  | ***(مختصر دستخط، اگر قابل اطلاق ہوں)*** میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر میرا بچہ پرائیویٹ انشورنس اور میڈیکیڈ دونوں کے تحت کور ہے تو میڈیکیڈ پالیسی کے مطابق پہلے پرائیویٹ انشورنس کو بل کیا جائے گا اس سے پہلے کہ میڈیکیڈ کے فوائد تک رسائی حاصل کی جا سکے۔  **درج ذیل میں سے ایک پر نشان لگائيں:** | | | |
|  | میں NC ITP اور اس کے مجاز سروس فراہم کنندگان کو اپنے بچے کے لیے پرائیویٹ انشورنس اور/یا میڈیکیڈ کو اس IFSP پر شناخت شدہ تمام ابتدائی مداخلت کی سروسز کے لیے ریکارڈ پر بل بھیجنے کی رضامندی دیتا ہوں۔ میں انشورنس کے دعوی پر کارروائی کے لیے ضروری طبی یا طبی معلومات کے افشاء کی اجازت دیتا ہوں۔ **— یا —** | | | |
|  | میں NC ITP اور مجاز سروس فراہم کنندگان کو اپنے بچے کے ریکارڈ پر نجی انشورنس اور/یا میڈیکیڈ کو بل کرنے کے لیے رضامندی دیتا ہوں، اس IFSP پر شناخت شدہ ابتدائی مداخلت کی خدمات کے لیے درج ذیل کے ***علاوہ*** *(براہ کرم وضاحت کریں)* | | | |
|  | |  |  | |
| والدین/سرپرست کے دستخط اور تاریخ | |  | والدین/سرپرست کے دستخط اور تاریخ | |
|  | |  |  | |
| EI سروس کوآرڈینیٹر کے دستخط اور تاریخ | |  | ایجنسی کے نمائندے یا نامزد شخص کے دستخط/ایجنسی اور تاریخ | |
|  | |  |  | |
| دیگر دستخط اور تاریخ | |  | دیگر دستخط اور تاریخ | |