|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **사전 서면 통지** | | | | |
| **사전 서면 통지의 이유: 사전 서면 통지는 노스캐롤라이나 영유아 프로그램 (**NC ITP) 이 귀하의 자녀를 위한 조기 개입 서비스 제공 또는 변경을 제안하거나 거부하기 10일 전에 부모에게 제공되어야 합니다. 가족. 귀하는 제안된 조치가 10일을 기다리지 않고 더 빨리 발생하도록 동의할 수 있습니다.  **행동 제안 :** 서비스 제공 계획에 따라 동의가 제공되는 IFSP 에 나열된 서비스를 시작합니다 .  **조치를 취한 이유** : 가족 관찰, 우려 사항, 우선순위 및 자원을 포함한 모든 평가/평가 정보를 논의한 후 가족을 포함한 IFSP 팀은 확립된 결과를 달성하기 위해 제공될 조기 개입 서비스 및 기타 지원에 동의했습니다. | | | | |
| **권리 및 절차적 보호에 대한 고지** | | | | |
|  | *(이니셜) 본인은* 이 사전 서면 통지와 함께 ***노스 캐롤라이나 영유아 프로그램 통지 아동 및 가족의 권리*** 사본을 받았습니다 . 이 정보에는 항의 절차에 대한 설명과 해당 절차의 일정을 포함 하여 사용 가능한 모든 절차적 보호 장치가 포함됩니다 . 이러한 권리는 본인에게 설명되었으며 본인은 이를 이해합니다. | | | |
| **조기 개입 서비스 제공에 대한 부모의 동의** | | | | |
| IFSP 개발에 참여했습니다 . 본인은 본인의 동의가 자발적이며 언제든지 서면으로 철회될 수 있음을 이해합니다. 본인은 다른 조기 개입 서비스를 위험에 빠뜨리지 않고 서비스를 거부할 수 있음을 이해합니다. 본인이 서면으로 동의하지 않는 한 자녀가 IFSP 에 명시된 NC ITP 서비스를 받지 못한다는 것을 이해합니다 . | | | | |
| **다음 중 하나를 확인하십시오 .** | | | | |
|  | **본인은 노스 캐롤라이나 영유아 프로그램 및 서비스 제공자가 개별화된 가족 서비스 플랜에 나열된 NC ITP** **서비스 및 활동을 제공하는 데 동의합니다.** | | | |
|  | **본인은 자녀 또는 가족이 다음을 받는 것을 거부합니다 : (구체적으로)** | | |  |
|  | **—그리고—** | | |  |
| **NC ITP 및 서비스 제공자가 여기에 지정한 서비스를 제외하고 다른 모든 NC ITP 서비스를 제공 하고 이 IFSP** **에 나열된 다른 모든 활동을 수행하는 데 동의합니다 .** | | | |  |
|  | | | |  |
| **Bill Insura노스 캐롤라이나e / 메디케이드 동의서** | |  |  | |
|  | **( *이니셜)* 저는 *NC ITP결제 알림 시스템*** 의 사본을 받았습니다 . 알림 관련 개인 및 공공 보험 혜택을 청구하는 방법에 대해 설명을 들었고 이해합니다. | | | |
|  | ***(초기의)*** 내 자녀를 위해 기록된 보험 정보는 최신이며 정확합니다. | | | |
|  | ***(해당되는 경우 이니셜)*** 본인은 제 자녀가 민간 보험 및 메디케이드에 의해 보장되는 경우, 보험은 메디케이드 혜택을 이용하기 전에 메디케이드 정책에 따라 먼저 청구되어야 합니다.  **다음 중 하나를 확인하십시오.** | | | |
|  | NC ITP 및 공인 서비스 제공자가 이 개별화된 가족 서비스 플랜에 명시된 모든 조기 개입 서비스 에 대해 기록에 있는 민간 보험 및/또는 메디케이드에 청구하는 것에 동의합니다 . 본인은 보험 청구를 처리하는 데 필요한 의료 또는 임상 정보의 공개를 승인합니다. **— 또는 -** | | | |
|  | IFSP 에 명시된 조기 개입 서비스에 대해 NC ITP 및 공인 서비스 제공자가 기록에 있는 민간 보험 및/또는 메디케이드에 비용을 청구하는 데 동의합니다. 다음을 ***제외하고*** *(구체적으로 기재하십시오)* | | | |
|  | |  |  | |
| 학부모/보호자 서명 및 날짜 | |  | 학부모/보호자 서명 및 날짜 | |
|  | |  |  | |
| EI 서비스 코디네이터 서명 및 날짜 | |  | 기관 대표 또는 피지명인 서명/기관 및 날짜 | |
|  | |  |  | |
| 기타 서명 및 날짜 | |  | 기타 서명 및 날짜 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **검토 날짜** | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 검토 주기 반기 연간 기타 | | | | | | | | | 다음 검토 대상 날짜 | |
| **사전 서면 통지** | | | | | | | | | | |
| **사전 서면 통지의 이유: 사전 서면 통지는 노스캐롤라이나 영유아 프로그램 (**NC ITP )이 귀하의 자녀를 위한 조기 개입 서비스 제공 또는 변경을 제안하거나 거부하기 10일 전에 부모에게 제공되어야 합니다. 가족. 귀하는 제안된 조치가 10일을 기다리지 않고 더 빨리 발생하도록 동의할 수 있습니다.  **행동 제안 :** 서비스 제공 계획에 따라 동의가 제공되는 IFSP 에 나열된 서비스를 시작하거나 변경합니다 .  **조치를 취하는 이유** : 가족 관찰, 우려 사항, 우선순위 및 자원을 포함한 모든 평가/평가 정보를 논의한 후 가족을 포함한 IFSP 팀은 확립된 결과를 달성하기 위해 제공될 조기 개입 서비스 및 기타 지원에 동의했습니다. | | | | | | | | | | |
| **권리 및 절차적 보호에 대한 고지** | | | | | | | | | | |
|  | 이 사전 서면 통지와 함께 ***노스 캐롤라이나 영유아 프로그램 아동 및 가족*** 의 권리 사본을 받았습니다 . 이 정보에는 항의 절차에 대한 설명과 해당 절차의 일정을 포함 하여 사용 가능한 모든 절차적 보호 장치가 포함됩니다 . 이러한 권리는 본인에게 설명되었으며 본인은 이를 이해합니다. | | | | | | | | | |
| **조기 개입 서비스 제공에 대한 부모의 동의** | | | | | | | | | | |
| IFSP 개발에 참여했습니다 . 본인은 본인의 동의가 자발적이며 언제든지 서면으로 철회될 수 있음을 이해합니다. 본인은 다른 조기 개입 서비스를 위험에 빠뜨리지 않고 서비스를 거부할 수 있음을 이해합니다. 본인이 서면으로 동의하지 않는 한 자녀가 IFSP 에 명시된 NC ITP 서비스를 받지 못한다는 것을 이해합니다 . | | | | | | | | | | |
| **다음 중 하나를 확인하십시오 .** | | | | | | | | | | |
|  | | **본인은 노스 캐롤라이나 영유아 프로그램 및 서비스 제공자가 본 개별화된 가족 서비스 플랜에 명시된 NC ITP 서비스 및 활동을 제공하는 데 동의합니다.** | | | | | | | | |
|  | | **본인은 자녀 또는 가족이 다음을 받는 것을 거부합니다 : (구체적으로)** | | | | | | | |  |
| —**그리고**— | | | | | | | | | |  |
| **NC ITP 및 서비스 제공자가 여기에 지정한 서비스를 제외하고 다른 모든 NC ITP 서비스를 제공 하고 이 IFSP** **에 나열된 다른 모든 활동을 수행하는 데 동의합니다 .** | | | | | | | | | |  |
|  |
| **빌 보험 동의** | | | | |  |  | | | | |
|  | | **( *이니셜)* 저는 *NC ITP 결제 알림 시스템*** 의 사본을 받았습니다 . 알림 관련 개인 및 공공 보험 혜택을 청구하는 방법에 대해 설명을 들었고 이해합니다. | | | | | | | | |
|  | | ***(초기의)*** 내 자녀를 위해 기록된 보험 정보는 최신이며 정확합니다. | | | | | | | | |
|  | | ***(해당되는 경우 이니셜)*** 본인은 제 자녀가 민간 보험 및 메디케이드에 의해 보장되는 경우, 보험은 메디케이드 정책에 따라 메디케이드 혜택을 이용하기 전에 먼저 청구되어야 합니다. | | | | | | | | |
|  | | **다음 중 하나를 확인하십시오 .** | | | | | | | | |
|  | | 은 빈도, 기간, 기간 또는 강도의 증가를 포함하여 이 IFSP 에서 식별된 모든 조기 개입 서비스에 대해 NC ITP 및 공인 서비스 제공자가 기록에 있는 개인 보험 및/또는 메디케이드에 청구 하는 것에 동의합니다 . 본인은 보험 청구를 처리하는 데 필요한 의료 또는 임상 정보의 공개를 승인합니다. **— 또는 -** | | | | | | | | |
|  | | 본인은 NC ITP 및 승인된 서비스 제공자가 내 자녀를 위해 기록에 있는 민간 보험 및/또는 메디케이드에 새로운 조기 개입 서비스 또는 기간 동안 식별된 서비스의 빈도, 기간, 기간 또는 강도 증가에 대해 청구하는 것에 동의합니다. 이 IFSP 검토 회의는 다음을 ***제외하고*** *(구체적으로 기재하십시오)* | | | | | | | | |
| **가족 결과 요약 검토** | | | | | | | | | | |
|  | | | 반기별 검토에서 Family Outcomes Survey가 논의되었습니다. 설문조사를 완료할 기회가 주어졌습니다. | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | |
| 학부모/보호자 서명 및 날짜 | | | | | | |  | 학부모/보호자 서명 및 날짜 | | |
|  | | | | | | |  |  | | |
| 조기 개입 서비스 코디네이터 서명 (EISC) 및 날짜 | | | | | | |  | 기관 대표 또는 피지명인 서명/기관 및 날짜 | | |
|  | | | | | | |  |  | | |
| 기타 서명 및 날짜 | | | | | | |  | 기타 서명 및 날짜 | | |