|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| पूर्व लिखित सूचना | | | | | |
| पूर्व लिखित सूचना का कारण: **उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम (**NC ITP) **द्वारा आपके बच्चे के लिए प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के प्रावधान को शुरू करने या बदलने के लिए दस (10) दिन पहले माता-पिता को पूर्व लिखित सूचना प्रदान की जानी चाहिए और परिवार। आप प्रस्तावित कार्रवाई (कार्यों) को जल्दी करने और दस (10) दिनों तक प्रतीक्षा न करने के लिए सहमत हो सकते हैं।**  कार्रवाई प्रस्तावित: सेवा वितरण योजना के अनुसार, IFSP पर सूचीबद्ध सेवाओं को शुरू करने के लिए जिसके लिए सहमति प्रदान की गई है।  कार्रवाई करने के कारण: पारिवारिक टिप्पणियों, चिंताओं, प्राथमिकताओं और संसाधनों सहित सभी मूल्यांकन/मूल्यांकन जानकारी पर चर्चा करने के बाद, IFSP टीम, परिवार सहित, प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं और स्थापित परिणामों को प्राप्त करने के लिए प्रदान की जाने वाली अन्य सहायता पर सहमत हुई। | | | | | |
| अधिकारों और प्रक्रियात्मक सुरक्षा उपायों की सूचना | | | | | |
|  | **(**प्रारंभिक) मुझे इस पूर्व लिखित सूचना के साथ एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम सूचना बाल और परिवार अधिकार की एक प्रति प्राप्त हुई है। इस जानकारी में वे सभी प्रक्रियात्मक सुरक्षा उपाय शामिल हैं जो उपलब्ध हैं, जिसमें शिकायत प्रक्रियाओं का विवरण और उन प्रक्रियाओं की समय-सीमा शामिल है। ये अधिकार मुझे समझाए गए हैं और मैं उन्हें समझता हूं। | | | | |
| प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के प्रावधान के लिए माता-पिता की सहमति | | | | | |
| मैंने इस IFSP के विकास में भाग लिया। मैं समझता हूं कि मेरी सहमति स्वैच्छिक है और इसे किसी भी समय लिखित रूप में रद्द किया जा सकता है। मैं समझता हूं कि मैं किसी अन्य प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा (सेवाओं) को खतरे में डाले बिना किसी सेवा या सेवाओं को अस्वीकार कर सकता हूं। मैं समझता/समझती हूं कि जब तक मैं अपनी लिखित सहमति नहीं देता, मेरे बच्चे को IFSP पर पहचानी गई NC ITP सेवाएं प्राप्त नहीं होंगी। | | | | | |
| **निम्न में से किसी एक की जाँच करें:** | | | | | |
|  | **मैं एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम और सेवा प्रदाताओं के लिए** IFSP **पर सूचीबद्ध NC ITP सेवाएँ और गतिविधियाँ प्रदान करने के लिए सहमति देता/देती हूँ।** | | | | |
|  | **मैं अपने बच्चे या परिवार को प्राप्त करने के लिए मना करता हूं: (निर्दिष्ट करें)** | | | |  |
|  | **— और —** | | | |  |
| **मैं NC ITP और सेवा प्रदाताओं के लिए अन्य सभी NC ITP सेवाएं प्रदान करने और इस IFSP पर सूचीबद्ध अन्य सभी गतिविधियों को करने के लिए सहमति देता हूं, यहां निर्दिष्ट सेवा या सेवाओं को छोड़कर।** | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **बिल बीमा / मेडिकेड के लिए सहमति** | | |  |  | |
|  | | (प्रारंभिक) मुझे **भुगतान अधिसूचना की NC ITP प्रणाली** की एक प्रति प्राप्त हुई है। निजी और सार्वजनिक बीमा लाभों की बिलिंग से संबंधित सूचनाएं मुझे समझा दी गई हैं और मैं उन्हें समझता हूं। | | | |
|  | | **(**प्रारंभिक) मेरे बच्चे के लिए रिकॉर्ड में दर्ज बीमा जानकारी वर्तमान और सटीक है। | | | |
|  | | **(प्रारंभिक यदि लागू हो**) मैं समझता हूं कि यदि मेरा बच्चा निजी बीमा और मेडिकेड द्वारा कवर किया गया है, तो मेडिकेड लाभ प्राप्त करने से पहले निजी बीमा को पहले मेडिकेड पॉलिसी के तहत बिल किया जाना चाहिए। | | | |
| ***निम्न में से किसी एक की जाँच करें:*** | | | | | |
|  | | मैं **NC ITP** और इसके अधिकृत सेवा प्रदाताओं के लिए इस **IFSP** पर पहचानी गई सभी प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के लिए मेरे बच्चे के लिए निजी बीमा और/या मेडिकेड ऑन रिकॉर्ड बिल करने की सहमति देता/देती हूं। मैं बीमा दावे को संसाधित करने के लिए आवश्यक चिकित्सा या नैदानिक ​​​​जानकारी जारी करने को अधिकृत करता हूं। **- या -** | | | |
|  | | मैं NC ITP और अधिकृत सेवा प्रदाताओं के लिए निजी बीमा और / या मेडिकेड को बिल करने के लिए सहमत हूं, मेरे बच्चे के लिए, इस IFSP पर पहचान की गई शुरुआती हस्तक्षेप सेवाओं के लिए निम्नलिखित को छोड़कर (कृपया निर्दिष्ट करें) | | | |
|  | | |  |  | |
| माता-पिता / अभिभावक के हस्ताक्षर और दिनांक | | |  | माता-पिता / अभिभावक के हस्ताक्षर और दिनांक | |
|  | | |  |  | |
| प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा समन्वयक (EISC) के हस्ताक्षर और दिनांक | | |  | एजेंसी के प्रतिनिधि या नामित व्यक्ति के हस्ताक्षर/एजेंसी और दिनांक | |
|  | | |  |  | |
| अन्य हस्ताक्षर और दिनांक | | |  | अन्य हस्ताक्षर और दिनांक | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **पुनरीक्षण दिनांक** | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| पुनरीक्षण गणनीय संज्ञा  अर्द्ध वार्षिक  वार्षिकl  अन्य | | | | | | | | अगली समीक्षा के लिए लक्ष्य तारीख |
| पूर्व लिखित सूचना | | | | | | | | |
| **पूर्व लिखित सूचना का कारण: उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम (NC ITP)द्वारा आपके बच्चे के लिए प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के प्रावधान को शुरू करने या बदलने के लिए दस (10) दिन पहले माता-पिता को पूर्व लिखित सूचना प्रदान की जानी चाहिए और परिवार। आप प्रस्तावित कार्रवाई (कार्यों) को जल्दी करने और दस (10) दिनों तक प्रतीक्षा न करने के लिए सहमत हो सकते हैं।**  **कार्रवाई प्रस्तावित:** सेवा वितरण योजना के अनुसार, IFSP पर सूचीबद्ध सेवाओं को शुरू करने के लिए जिसके लिए सहमति प्रदान की गई है।  **कार्रवाई करने के कारण:** पारिवारिक टिप्पणियों, चिंताओं, प्राथमिकताओं और संसाधनों सहित सभी मूल्यांकन/मूल्यांकन जानकारी पर चर्चा करने के बाद, IFSP टीम, परिवार सहित, प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं और स्थापित परिणामों को प्राप्त करने के लिए प्रदान की जाने वाली अन्य सहायता पर सहमत हुई। | | | | | | | | |
| **अधिकारों और प्रक्रियात्मक सुरक्षा उपायों की सूचना** | | | | | | | | |
|  | **मुझे इस पूर्व लिखित सूचना के साथ एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम सूचना बाल और परिवार अधिकार की एक प्रति प्राप्त हुई है। इस जानकारी में वे सभी प्रक्रियात्मक सुरक्षा उपाय शामिल हैं जो उपलब्ध हैं, जिसमें शिकायत प्रक्रियाओं का विवरण और उन प्रक्रियाओं की समय-सीमा शामिल है। ये अधिकार मुझे समझाए गए हैं और मैं उन्हें समझता हूं।** | | | | | | | |
| **प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के प्रावधान के लिए माता-पिता की सहमति** | | | | | | | | |
| मैंने इस IFSP के विकास में भाग लिया। मैं समझता हूं कि मेरी सहमति स्वैच्छिक है और इसे किसी भी समय लिखित रूप में रद्द किया जा सकता है। मैं समझता हूं कि मैं किसी अन्य प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा (सेवाओं) को खतरे में डाले बिना किसी सेवा या सेवाओं को अस्वीकार कर सकता हूं। मैं समझता/समझती हूं कि जब तक मैं अपनी लिखित सहमति नहीं देता, मेरे बच्चे को IFSP पर पहचानी गई NC ITP सेवाएं प्राप्त नहीं होंगी। | | | | | | | | |
| **निम्न में से किसी एक की जाँच करें:** | | | | | | | | | | |
|  | | | **मैं एनसी शिशु-बच्चा कार्यक्रम और सेवा प्रदाताओं के लिए** IFSP **पर सूचीबद्ध NC ITP सेवाएँ और गतिविधियाँ प्रदान करने के लिए सहमति देता/देती हूँ।** | | | | | | | |
|  | | | **मैं अपने बच्चे या परिवार को प्राप्त करने के लिए मना करता हूं: (निर्दिष्ट करें)** | | | | |  | | |
|  | | | **— और —** | | | | |  | | |
| **मैं NC ITP और सेवा प्रदाताओं के लिए अन्य सभी NC ITP सेवाएं प्रदान करने और इस IFSP पर सूचीबद्ध अन्य सभी गतिविधियों को करने के लिए सहमति देता हूं, यहां निर्दिष्ट सेवा या सेवाओं को छोड़कर।** | | | | | | | |  | | |
|  | | |
| **बिल बीमा / मेडिकेड के लिए सहमति** | | | | | |  |  | | | |
|  | | | | (प्रारंभिक) मुझे **भुगतान अधिसूचना की NC ITP प्रणाली** की एक प्रति प्राप्त हुई है। निजी और सार्वजनिक बीमा लाभों की बिलिंग से संबंधित सूचनाएं मुझे समझा दी गई हैं और मैं उन्हें समझता हूं। | | | | | | |
|  | | | | **(**प्रारंभिक) मेरे बच्चे के लिए रिकॉर्ड में दर्ज बीमा जानकारी वर्तमान और सटीक है। | | | | | | |
|  | | | | **(प्रारंभिक यदि लागू हो**) मैं समझता हूं कि यदि मेरा बच्चा निजी बीमा और मेडिकेड द्वारा कवर किया गया है, तो मेडिकेड लाभ प्राप्त करने से पहले निजी बीमा को पहले मेडिकेड पॉलिसी के तहत बिल किया जाना चाहिए। | | | | | | |
| ***निम्न में से किसी एक की जाँच करें:*** | | | | | | | | | | |
|  | | | | मैं **NC ITP** और इसके अधिकृत सेवा प्रदाताओं के लिए इस IFSP पर पहचानी गई सभी प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवाओं के लिए मेरे बच्चे के लिए निजी बीमा और/या मेडिकेड ऑन रिकॉर्ड बिल करने की सहमति देता/देती हूं। मैं बीमा दावे को संसाधित करने के लिए आवश्यक चिकित्सा या नैदानिक जानकारी जारी करने को अधिकृत करता हूं। - **या -** | | | | | | |
|  | | | | मैं NC ITP और अधिकृत सेवा प्रदाताओं के लिए निजी बीमा और / या मेडिकेड को बिल करने के लिए सहमत हूं, मेरे बच्चे के लिए, इस IFSP पर पहचान की गई शुरुआती हस्तक्षेप सेवाओं के लिए निम्नलिखित को छोड़कर (कृपया निर्दिष्ट करें) | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | |
| माता-पिता / अभिभावक के हस्ताक्षर और दिनांक | | | | | |  | माता-पिता / अभिभावक के हस्ताक्षर और दिनांक | | | |
|  | | | | | |  |  | | | |
| प्रारंभिक हस्तक्षेप सेवा समन्वयक (EISC) के हस्ताक्षर और दिनांक | | | | | |  | एजेंसी के प्रतिनिधि या नामित व्यक्ति के हस्ताक्षर/एजेंसी और दिनांक | | | |
|  | | | | | |  |  | | | |
| अन्य हस्ताक्षर और दिनांक | | | | | |  | अन्य हस्ताक्षर और दिनांक | | | |