|  |  |
| --- | --- |
| **تاريخ المراجعة**       |  |
|       |
| دورة المراجعة [ ]  نصف سنوية [ ]  سنوية [ ]  أخرى       | التاريخ المستهدف للمراجعة القادمة       |
| **إشعار كتابي مسبق**  |
| **سبب الإشعار الكتابي المسبق:** يجب تقديم إشعار كتابي مسبق للوالدين قبل عشرة (10) أيام من اقتراح برنامج الرضع والأطفال الصغار في كارولينا الشمالية (NC ITP)، أو رفضه، بدء أو تغيير توفير خدمات التدخل المبكر لطفلك وعائلتك. يجوز لك الموافقة على تنفيذ الإجراءات المقترحة في وقت أقرب وعدم الانتظار لمدة عشرة (10) أيام.**الإجراء المقترح:** بدء الخدمات المدرجة في خطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP) التي تم تقديم الموافقة عليها، وفقًا لخطة تقديم الخدمة.**أسباب اتخاذ الإجراء**: بعد مناقشة جميع معلومات التقييم/التقدير، بما في ذلك ملاحظات العائلة، ومخاوفها، وأولوياتها، ومواردها، اتفق فريق خطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP)، بما في ذلك الأسرة، على خدمات التدخل المبكر والدعم الآخر الذي سيتم تقديمه لتحقيق النتائج المحددة. |
| **إشعار بالحقوق والضمانات الإجرائية** |
|       | لقد تلقيت نسخة من ***كتاب حقوق الطفل والأسرة الخاص ببرنامج الأطفال الصغار والرضع في ولاية كارولينا الشمالية*** مرفقًا بهذا الإشعار الكتابي المسبق. تتضمن هذه المعلومات جميع الضمانات الإجرائية المتاحة، بما في ذلك وصف إجراءات الشكوى والجداول الزمنية لتلك الإجراءات. لقد تم شرح هذه الحقوق لي وأنا أفهمها. |
| **موافقة الوالدين على تقديم خدمات التدخل المبكر** |
| لقد شاركت في تطوير خطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP) هذه. أفهم أن موافقتي طوعية ويمكن إلغاؤها كتابيًا في أي وقت. أفهم أنه يجوز لي رفض خدمة أو خدمات دون تعريض أي خدمة (خدمات) أخرى للتدخل المبكر للخطر. أفهم أن طفلي لن يتلقى خدمات برنامج الرضع والأطفال الصغار في كارولينا الشمالية (NC ITP) المحددة في خطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP) ما لم أقدم موافقتي الخطية.  |
| **حدد أحد الخيارات التالية:** |
| [ ]  | **أوافق لبرنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار ومقدمي الخدمات على تقديم خدمات وأنشطة برنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار المدرجة في خطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP).** |
| [ ]  | **أرفض** **أن** **يتلقى طفلي أو عائلتي: (حدد)** |       |
| — **و**— |       |
| **أوافق على أن يقدم برنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار ومقدمي الخدمة جميع خدمات NC ITP الأخرى وأن يقوموا بجميع الأنشطة الأخرى المدرجة في خطة الخدمة الفردية (IFSP) هذه، باستثناء الخدمة أو الخدمات التي حددتها هنا.** |       |
|       |
| **الموافقة على تحصيل الفواتير من التأمين** |  |  |
|       | ***(التوقيع بالأحرف الأولى)*** لقد تلقيت نسخة من ***إشعار نظام الدفع لبرنامج الرضع والأطفال الصغار في كارولينا الشمالية (NC ITP).*** لقد تم شرح الإشعارات المتعلقة بتحصيل الفواتير من مزايا التأمين الخاص والعام لي وأنا أفهمها. |
|       | ***(التوقيع بالأحرف الأولى)*** معلومات التأمين المسجلة لطفلي حديثة ودقيقة. |
|       | ***(التوقيع بالأحرف الأولى إن أمكن)*** أفهم أنه إذا كان طفلي مشمولًا بتأمين خاص و Medicaid، فيجب تحصيل الفواتير من التأمين الخاص أولاً بموجب سياسة Medicaid قبل التمكن من الوصول إلى مزايا Medicaid |
|  | **حدد أحد الخيارات التالية:** |
| [ ]  | أوافق على أن يقوم برنامج NC ITP ومقدمي الخدمات المعتمدين بإرسال فواتير إلى التأمين الخاص و/أو Medicaid المسجل لطفلي مقابل جميع خدمات التدخل المبكر كما هو محدد في خطة الخدمة الفردية للأطفال هذه بما في ذلك الزيادات في التكرار أو الزمن أو المدة أو الشدة. أوافق على إصدار المعلومات الطبية أو السريرية اللازمة لمعالجة مطالبة التأمين. **— أو —** |
| [ ]  | أوافق على أن يقوم برنامج الرضع والأطفال الصغار في كارولينا الشمالية ومقدمو الخدمات المعتمدون بتحصيل الفواتير من التأمين الخاص و/أو Medicaid، المسجل لطفلي، مقابل أي خدمة تدخل مبكر جديدة أو مقابل أي زيادة في التكرار أو الزمن أو المدة أو الشدة لخدمات التي تم تحديدها خلال اجتماع مراجعة IFSP هذا، ***باستثناء*** ما يلي *(يرجى التحديد)* |
| **مراجعة ملخص نتائج الأسرة** |
| [ ]  | تمت مناقشة استبيان نتائج الأسر خلال المراجعة نصف السنوية. لقد أُتيحت لي الفرصة لإكمال الاستبيان. |
|       |  |       |
| توقيع الوالد/الوصي والتاريخ |  | توقيع الوالد/الوصي والتاريخ |
|       |  |       |
| توقيع منسق خدمة التدخل المبكر والتاريخ |  | توقيع ممثل الوكالة أو من ينوب عنه/الوكالة والتاريخ |
|       |  |       |
| توقيع آخر والتاريخ |  | توقيع آخر والتاريخ |