|  |  |
| --- | --- |
| **ပြန်လည်သုံးသပ်သည့်ရက်စွဲ**       |  |
|       |
| ပြန်လည်သုံးသပ်မှု အကြိမ်‌ရေအစဉ် [ ]  တစ်နှစ် နှစ်ကြိမ် [ ]  တစ်နှစ်တစ်ကြိမ် [ ]  အခြား       | နောက်တစ်ကြိမ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရန် ရက်စွဲ       |
| **ကြိုတင်ရေးသားထားသော သတိပေးချက်**  |
| **ကြိုတင်ရေးသားထားသော သတိပေးချက်အတွက် အကြောင်းပြချက်-** သင့်ကလေးနှင့် မိသားစုအတွက် အစောပိုင်း ကြားဝင်ဆောင် ရွက်ပေး သည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို စတင်ရန် သို့မဟုတ် ပြောင်းလဲရန် မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး အစီအစဉ် (NC ITP) မှ အဆိုပြုခြင်း သို့မ ဟုတ် ငြင်းဆိုခြင်း မပြုမီ ဆယ် (10) ရက်အလိုတွင် မိဘများထံ စာဖြင့်အကြောင်းကြားရပါမည်။ အဆိုပြုထားသော လုပ်ဆောင်ချက်(များ)ကို (10)ရက် မစောင့်ဘဲ ဆောလျင်စွာ ဆောင်ရွက်ရန် သင်သဘောတူနိုင်ပါသည်။ **အဆိုပြုထားသော လုပ်ဆောင်မှု–** ဝန်ဆောင်မှု ပေးအပ်ခြင်း အစီအစဉ်အရ ခွင့်ပြုချက်ပေးထားသည့် IFSP တွင် ဖော်ပြထားသော ဝန်ဆောင် မှုများကို စတင်ရန် သို့မဟုတ် ပြောင်းလဲရန်။**လုပ်ဆောင်ရသည့် အကြောင်းရင်းများ-** မိသားစုလေ့လာတွေ့ရှိချက်များ၊ စိုးရိမ်မှုများ၊ ဦးစားပေးများနှင့် အရင်းအမြစ်များအပါအဝင် အကဲ ဖြတ်ချက်/ စစ်ဆေးမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်အားလုံးကို ဆွေးနွေးပြီးနောက် မိသားစုအပါအဝင် IFSP အဖွဲ့သည် သတ်မှတ်ရလဒ်များရရှိရန် အစော ပိုင်းကြားဝင်ဆောင်ရွက်ပေးမှုများနှင့် အခြားပံ့ပိုးမှုများအပေါ် သဘောတူညီခဲ့သည်။ |
| **အခွင့်အရေးနှင့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်း အကာအကွယ်များ သတိပေးချက်** |
|       | ကျွန်ုပ်သည် ဤကြိုတင်ရေးသားထားသော အသိပေးချက်နှင့်အတူ ***NC မွေးကင်းစ-နို့စို့ကလေးအရွယ် အစီအစဉ် သတိပေးချက် ကလေးနှင့် မိသားစုအခွင့်အရေးများ*** စာအုပ်၏ မိတ္တူကို လက်ခံရရှိပြီးဖြစ်သည်။ ဤအချက်အလက်များတွင် တိုင်ကြားမှုလုပ်ထုံး လုပ်နည်းများ ဖော်ပြချက်နှင့် အဆိုပါလုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအတွက် အချိန်ဇယားများအပါအဝင် ရရှိနိုင်သော လုပ်ထုံးလုပ်နည်းဆိုင်ရာ အကာအကွယ်များအားလုံး ပါဝင်ပါသည်။ ဤအခွင့်အရေးများကို ကျွန်ုပ်အား ရှင်းပြပြီးဖြစ်ပြီး ၎င်းတို့ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ |
| **အစောပိုင်း ကြားဝင်ဆောင်ရွက်ပေးမှု ဝန်ဆောင်မှုများ ပံ့ပိုးမှုအတွက် မိဘ၏ သဘောတူညီချက်** |
| ဤ IFSP ရေးဆွဲရာတွင် ကျွန်ုပ်ပါဝင်ခဲ့ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏သဘောတူညီချက်သည် ဆန္ဒအလျောက်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် အချိန်မရွေး စာဖြင့် ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း နားလည်သည်။ အခြားသော အစောပိုင်းကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှုဝန်ဆောင်မှု(များ)ကို မထိခိုက်စေဘဲ ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများကို ငြင်းပယ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏စာဖြင့်ခွင့်ပြုချက်မပေးပါက ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် IFSP တွင်ဖော်ပြထားသော NC ITP ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရရှိမည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။  |
| **အောက်ပါအချက်များထဲမှ တစ်ခုကို အမှန်ခြစ်ပါ-** |
| [ ]  | **ဤ IFSP တွင်ဖော်ပြထားသော NC ITP ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် လုပ်ဆောင်ချက်များအား ပံ့ပိုးပေးရန် NC မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး အစီအစဉ်နှင့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအား ကျွန်ုပ်သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။** |
| [ ]  | **ကျွန်ုပ်၏ကလေး သို့မဟုတ် မိသားစုအတွက် အောက်ပါတို့ကို လက်ခံရန် ကျွန်ုပ်ငြင်းဆိုပါသည်- (အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ)** |       |
| — **ထို့အပြင်** — |       |
| **ဤနေရာတွင် ကျွန်ုပ်သတ်မှတ်ထားသော ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများမှလွဲ၍အခြား NC ITP ဝန်ဆောင်မှုများအားလုံးကို ပံ့ပိုးရန်နှင့် ဤ IFSP တွင်ဖော်ပြထားသော အခြားလုပ်ဆောင်မှုများအားလုံးကို လုပ်ဆောင်ရန်အတွက် NC ITP နှင့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများကို ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည်။**  |       |
|       |
| **အာမခံအတွက် ငွေကောက်ခံရန် သဘောတူညီချက်** |  |  |
|       | ***(လက်မှတ်အတိုထိုးပါ) ငွေပေးချေမှု အသိပေးချက် NC ITP စနစ်***၏ မိတ္တူကို ကျွန်ုပ် လက်ခံရရှိခဲ့ပါသည်။ ပုဂ္ဂလိကနှင့် အစိုးရအာ မခံအကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံခြင်း အသိပေးချက်များကို ကျွန်ုပ်အား ရှင်းပြခဲ့ပြီး ၎င်းတို့ကို နားလည်ပါသည်။ |
|       | ***(လက်မှတ်အတိုထိုးပါ)*** ကျွန်ုပ်ကလေးအတွက် မှတ်တမ်းပါ အာမခံအချက်အလက်များသည် လက်ရှိအချက်အလက်များဖြစ်ပြီး တိကျပါသည်။ |
|       | ***(ဖြစ်နိုင်လျှင် လက်မှတ်အတိုထိုးပါ)*** ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား ပုဂ္ဂလိကအာမခံနှင့် Medicaid မှ အာမခံကာကွယ်ထားပါက Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များကို မရရှိနိုင်မီတွင် ပုဂ္ဂလိကအာမခံကို Medicaid မူဝါဒအောက်တွင် ဦးစွာငွေတောင်းခံရမည်ဟု ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ |
|  | **အောက်ပါအချက်များထဲမှ တစ်ခုကို အမှန်ခြစ်ပါ-** |
| [ ]  | အကြိမ်ရေ၊ ကြာချိန်၊ ကာလ သို့မဟုတ် အားစိုက်မှုတိုးမြှင့်မှုများအပါအဝင် ဤ IFSP တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း အစောပိုင်း ကြားဝင်ဆောင်ရွက်ပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှု အားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်ကလေးအတွက် ပုဂ္ဂလိကအာမခံနှင့်/သို့မဟုတ် Medicaid ကို ငွေတောင်းခံရန် NC ITP နှင့် ၎င်း၏လုပ်ပိုင်ခွင့်ရ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအား ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည်။ အာမခံတောင်းဆိုမှုကို လုပ်ဆောင်ရန် လိုအပ်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ဆေးခန်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်ထုတ်ပြန်ခွင့်ပြုပါသည်။ **— သို့မဟုတ် —** |
| [ ]  | ကျွန်ုပ်သည် NC ITP နှင့် ၎င်း၏လုပ်ပိုင်ခွင့်ရ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအား ဤ IFSP ပြန်လည်သုံးသပ်မှုအစည်းအဝေးတွင် ဖော်ပြထားသော အစောပိုင်းကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှုအသစ် သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများ၏ အကြိမ်ရေ၊ ကြာချိန်၊ ကာလ သို့မဟုတ် အားစိုက်မှု တိုးမြှင့်မှုများအားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်၏ကလေးအတွက် မှတ်တမ်းတင်ထားသော ပုဂ္ဂလိကအာမခံ နှင့်/သို့မဟုတ် Medicaid သို့ ငွေတောင်းခံခွင့်ပြုပါသည်၊ သို့သော် အောက်ပါတို့အတွက် ***မပါဝင်ပါ*** *(ကျေးဇူးပြု၍ သတ်မှတ်ပါ)* |
| **မိသားစုရလဒ်များ အနှစ်ချုပ်ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း** |
| [ ]  | တစ်နှစ် နှစ်ကြိမ် ပြန်လည်သုံးသပ်မှုတွင် မိသားစုရလဒ်များစစ်တမ်းကို ဆွေးနွေးခဲ့ပါသည်။ ကျွန်ုပ်အား စစ်တမ်းဖြည့်စွက်ရန် အခွင့်အလမ်းပေးခဲ့ပါသည်။ |
|       |  |       |
| မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲ |  | မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲ |
|       |  |       |
| EI ဝန်ဆောင်မှုညှိနှိုင်းရေးမှူး လက်မှတ်/နှင့် ရက်စွဲ |  | အေဂျင်စီ ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် တာဝန်ရှိသူ လက်မှတ်/ အေဂျင်စီနှင့် ရက်စွဲ |
|       |  |       |
| အခြားလက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲ |  | အခြားလက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲ |