|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **جائزہ لینے کی تاریخ** | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| دور نیم سالانہ سالانہ دیگر کا جائزہ لیں | | | | | | | | اگلے جائزے کے لیے ہدف کی تاریخ |
| **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 کو شروع کرنے یا تبدیل کرنے کے لیے جن کے لیے رضامندی فراہم کی جاتی ہے۔  **کارروائی کرنے کی وجوہات**: خاندان کے مشاہدے، تشویشات، ترجیحات اور وسائل سمیت تمام تجزیہ/تشخیص کی معلومات پر تبادلہ خیال کرنے کے بعد، IFSP ٹیم، بشمول خاندان، ابتدائی مداخلتی سروسز اور قائم کردہ نتائج کو حاصل کرنے کے لیے فراہم کی جانے والی دیگر معاونت پر متفق ہوئی۔ | | | | | | | | |
| **حقوق اور دستوری تحفظات کا نوٹس** | | | | | | | | |
|  | مجھے اس پیشگی تحریری نوٹس کے ساتھ ***NC انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام بچے اور خاندان کے حقوق*** کی ایک کاپی موصول 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 کرنے والوں کو NC ITP سروسز اور سرگرمیاں فراہم کرنے کی منظوری دیتا ہوں جن کی شناخت اس IFSP پر کی گئی ہے۔** | | | | | | | |
|  | **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 سے بل کرنے 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 ہو)*** میں سمجھتا ہوں کہ اگر میرا بچہ پرائیویٹ انشورنس اور میڈیکیڈ کے ذریعے احاطہ کرتا ہے، تو میڈیکیڈ کے فوائد تک رسائی حاصل کرنے سے پہلے، نجی انشورنس کا بل میڈیکیڈ پالیسی کے تحت ہونا چاہیے | | | | | | | |
|  | **درج ذیل میں سے ایک پر نشان لگائيں:** | | | | | | | |
|  | میں NC ITP اور مجاز سروس فراہم کنندگان کو منظوری دیتا ہوں کہ وہ اپنے بچے کے لیے نجی انشورنس اور/یا میڈیکیڈ کو ریکارڈ پر موجود تمام ابتدائی مداخلتی سروسز کے لیے بل کریں جیسا کہ اس IFSP پر شناخت کی گئی ہے بشمول تعدد، طوالت، مدت، یا شدت میں اضافہ۔ 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 کی رضامندی دیتا ہوں، کسی بھی نئی ابتدائی مداخلتی سروس کے لیے یا اس IFSP جائزہ میٹنگ کے دوران شناخت کی گئی سروسز کی تعدد، طوالت، مدت، یا شدت میں کسی بھی اضافے کے لیے، ***سوائے*** درج ذیل کے *(براہ کرم وضاحت کریں)* | | | | | | | |
| **خاندانی نتائج کا خلاصہ جائزہ** | | | | | | | | |
|  | | نیم سالانہ جائزے میں، خاندانی نتائج کے سروے پر تبادلہ خیال کیا گیا۔ مجھے سروے مکمل کرنے کا موقع دیا گیا۔ | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | |
| 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 | |