|  |  |
| --- | --- |
| ***نارتھ کیرولینا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام*** |       |
| ***تشخیص اور تشخیص کے لیے پیشگی تحریری نوٹس اور رضامندی*** |
| بچے کا نام: |       | تاریخ پیدائش: |       |
|  |  |  |  |
| **پیشگی تحریری نوٹس کی وجہ:** یہ آپ کو بتانے کے لیے ہے کہ وفاقی اور ریاستی ضوابط نارتھ کیرولائنا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام کو جانچنے اور تشخیصی سرگرمیوں کو انجام دینے کے لیے دس (10) دن قبل تحریری نوٹس فراہم کرنے کا تقاضا کرتے ہیں۔ آپ مجوزہ کارروائی (کارروائياں) زیادہ جلد ہونے اور دس (10) دنوں تک انتظار نہ کرنے پر متفق ہوسکتے ہیں۔  |
|  |
| ***مناسب کارروائیوں کا انتخاب کریں جن کے لیے پیشگی تحریری نوٹس فراہم کیا گیا ہے اور رضامندی طلب کی گئی ہے۔*** |
|  |
| **اہلیت کا تجزیہ** | **بچوں کی تشخیص** |
| **مجوزہ کارروائی:** [ ]  اہلیت کے تعین کے لیے ابتدائی تجزیہ **یا**[ ]  جاری اہلیت کا تعین کرنے کے لیے اندراج کے بعد تجزیہ | **مجوزہ کارروائی:** [ ]  بچے کی ابتدائی تشخیص  |
| **عمل: اہلیت کا تجزیہ****وجہ**: تشخیص کا مقصد NC انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام (NC ITP) کے لیے آپ کے بچے کی ابتدائی یا جاری اہلیت کا تعین کرنا ہے۔ | **عمل: بچوں کی تشخیص****وجہ**: اہل بچوں کے لیے بچوں کی تشخیص IFSP کی ابتدائی نشوونما سے قبل مداخلت کی منصوبہ بندی سے آگاہ کرنے کے لیے کی جاتی ہے۔ |
|  |
| **اہلیت کے تجزیہ کے لیے رضامندی** | **بچوں کی تشخیص کے لیے رضامندی** |
| مجھے اہلیت کے تجزیہ سے متعلق تمام معلومات سے **پوری طرح آگاہ کر دیا** گیا 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 میرے بچے کو اہلیت کے تجزیہ حاصل نہیں ہوگا جب تک کہ میں اپنی تحریری رضامندی نہ دوں۔ | مجھے بچے کی تشخیص سے متعلق تمام معلومات سے **مکمل طور پر آگاہ کر دیا** گیا 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 جب تک میں اپنی تحریری رضامندی نہ دوں تب تک میرے بچے کو تشخیص موصول نہیں ہوگی۔ |
|       ***(مختصر دستخط)*** میں NC ITP کو اہلیت کی جانچ کرنے کے لیے اپنی رضامندی دیتا ہوں جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔ |       ***(مختصر دستخط)*** میں NC ITP کے لیے اپنی رضامندی دیتا ہوں کہ جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔ |
|  |
| **انشورنس / میڈی کیڈ سے بلنگ 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)*** میں سمجھتا ہوں کہ تجزیہ، تشخیص اور سروس کوآرڈینیشن کی سرگرمیاں تمام خاندانوں کو بغیر کسی قیمت کے فراہم کی جاتی ہیں، قطع نظر اس کے کہ نجی یا عوامی بیمہ کے فوائد کے بلنگ کے لیے رضامندی ہو۔ **[ ]** میں رضامندی دیتا ہوں [ ]  میں NC ITP اور مجاز سروس فراہم کنندگان کو اپنے بچے کے ریکارڈ پر پرائیویٹ انشورنس اور/یا پبلک انشورنس (میڈیکیڈ) کو بل دینے، اہلیت کی تشخیص اور/یا چائلڈ اسسمنٹ *(اور متعلقہ سروس کوآرڈینیشن سرگرمیاں جو کہ ابتدائی IFSP پیشرفت سے پہلے قابل اطلاق ہوں)* کے لیے رضامندی نہیں دیتا ہوں۔ میں انشورنس کے دعوی پر کارروائی کے لیے ضروری طبی یا طبی معلومات کے افشاء کی اجازت دیتا ہوں۔ اگر میرا بچہ پرائیویٹ انشورنس اور میڈیکیڈ کے ذریعے احاطہ کرتا ہے، تو میں سمجھتا ہوں کہ میڈیکیڈ کی پالیسی یہ ہے کہ میڈیکیڈ کے فوائد تک رسائی حاصل کرنے سے پہلے پرائیویٹ انشورنس کا بل دینا ضروری ہے۔  |
| والدین کے دستخط       |  | تاریخ       |
| **بچوں اور خاندانی حقوق اور دستوری تحفظات کا والدین کا نوٹس: *نارتھ کیرولینا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام نوٹس آف چائلڈ اینڈ فیملی رائٹس*** دستاویز کی ایک کاپی آپ کو فراہم کی جاتی ہے اور متعلقہ حقوق اور دستوری تحفظات کا جائزہ لیا جاتا ہے اور تمام پیشگی تحریری نوٹس فارمز کے ساتھ ان کی وضاحت کی جاتی ہے۔ اس معلومات میں وہ تمام دستوری تحفظات شامل ہیں جو دستیاب ہیں، بشمول ثالثی کی تفصیل، واجب عمل اور ریاستی شکایت کے طریقہ کار اور ان طریقہ کار کے لیے ٹائم لائنز۔ |  | **For CDSA Use** (check and complete all that apply): |
|  |  | [ ]  | Notice mailed on  |       |
|  |  | [ ]  | Notice hand-delivered on |       |
|  |  | [ ]  | Parent agreed on |       |
|  |  |  | to have the proposed action(s) occur sooner and not wait the ten (10) day prior notice time. |