|  |  |
| --- | --- |
| ***ﺑرﻧﺎﻣﺞ وﻻﯾﺔ كارولينا الشمالية ﻟﻸطﻔﺎل اﻟرﺿﻊ واﻷطﻔﺎل اﻟﺻﻐﺎر*** |       |
| ***إشعار كتابي مسبق وموافقة على التقييم والتقدير*** |
| اسم الطفل: |       | تاريخ الميلاد: |       |
|  |  |  |  |
| **سبب الإشعار الكتابي المسبق:** هذا لإعلامك بأن اللوائح الفيدرالية والولائية تتطلب من برنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار تقديم إشعار كتابي مسبق قبل عشرة (10) أيام لإجراء أنشطة التقييم والتقدير. يجوز لك الموافقة على تنفيذ الإجراءات المقترحة في وقت أقرب وعدم الانتظار لمدة عشرة (10) أيام.  |
|  |
| ***حدد الإجراءات المناسبة التي يتم تقديم إشعار كتابي مسبق بشأنها وطلب الموافقة عليها*** |
|  |
| **تقييم الأهلية** | **تقييم الطفل** |
| **الإجراء المقترح:** [ ]  التقييم الأولي لتحديد الأهلية **أو**[ ]  التقييم بعد التسجيل لتحديد الأهلية المستمرة | **الإجراء المقترح:** [ ]  التقييم الأولي للطفل  |
| **الإجراء: تقييم الأهلية****السبب**: الغرض من التقييم هو تحديد أهلية طفلك الأولية أو المستمرة لبرنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار (NC ITP). | **الإجراء: تقييم الطفل****السبب**: يتم إجراء تقييم للطفل للأطفال المؤهلين قبل التطوير الأولي لخطة الخدمة العائلية الفردية (IFSP) لإثراء تخطيط التدخل. |
|  |
| **الموافقة على تقييم الأهلية** | **الموافقة على تقييم الطفل** |
| لقد تم **اطلاعي بشكل كامل** على جميع المعلومات ذات الصلة بتقييم الأهلية. أفهم أن موافقتي طوعية ويمكن إلغاؤها كتابيًا في أي وقت. أفهم أن طفلي لن يتلقى تقييم الأهلية إلا بعد أن أعطي موافقتي الكتابية. | لقد تم **اطلاعي بشكل كامل** على جميع المعلومات المتعلقة بتقييم الطفل. أفهم أن موافقتي طوعية ويمكن إلغاؤها كتابيًا في أي وقت. أفهم أن طفلي لن يتلقى التقييم إلا إذا أعطيت موافقتي الكتابية. |
|       ***(الأحرف الأولى)*** أمنح موافقتي لبرنامج NC ITP لإجراء تقييم الأهلية كما هو موضح أعلاه. |       ***(الأحرف الأولى)*** أوافق على أن يقوم برنامج NC ITP بإجراء التقييم كما هو موضح أعلاه. |
|  |
| **الموافقة على فاتورة التأمين / Medicaid**      ***(الأحرف الأولى)*** لقد تلقيت نسخة من *إشعار نظام الدفع الخاص بـ NC ITP*. لقد تم شرح الإشعارات المتعلقة بتحصيل الفواتير من مزايا التأمين الخاص والعام لي وأنا أفهمها.       ***(الحرف الأولى)*** أفهم أن أنشطة التقييم والتقدير وتنسيق الخدمة يتم تقديمها مجانًا لجميع الأسر، بغض النظر عن الموافقة على فوترة مزايا التأمين الخاص أو العام. **[ ]** أنا أوافق [ ]  / لا أوافق على أن يقوم برنامج NC ITP ومقدمي الخدمات المعتمدين بإرسال فواتير إلى التأمين الخاص و/أو التأمين العام (Medicaid)، المسجل لطفلي، مقابل تقييم الأهلية و/أو تقييم الطفل *(وأنشطة تنسيق الخدمة ذات الصلة حسب الاقتضاء قبل تطوير IFSP الأولي)*. أوافق على إصدار المعلومات الطبية أو السريرية اللازمة لمعالجة مطالبة التأمين. إذا كان طفلي مشمولاً بالتأمين الخاص وMedicaid، فأنا أفهم أن سياسة Medicaid هي أنه يجب إصدار فاتورة التأمين الخاص أولاً قبل إمكانية الوصول إلى مزايا Medicaid.  |
| توقيع الوالدين       |  | التاريخ       |
| **إشعار الوالدين بشأن حقوق الطفل والأسرة والضمانات الإجرائية:** سيتم تزويدك بنسخة ***من وثيقة إشعار حقوق الطفل والأسرة لبرنامج ولاية كارولينا الشمالية للأطفال الرضع والأطفال الصغار***، كما تتم مراجعة الحقوق والضمانات الإجرائية ذات الصلة وشرحها كمرافق لجميع نماذج الإشعار الكتابي المسبق. تتضمن هذه المعلومات جميع الضمانات الإجرائية المتاحة، بما في ذلك وصف الوساطة والإجراءات القانونية الواجبة وإجراءات الشكاوى الحكومية والجداول الزمنية لهذه الإجراءات. |  | **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. |