|  |  |
| --- | --- |
| ***北卡罗来纳州婴幼儿计划*** |       |
| ***评价和评估的事先书面通知和同意*** |
| 儿童姓名：  |       | 出生日期： |       |
|  |  |  |  |
| **事先书面通知的原因：** 特此通知您，联邦和州法规要求北卡罗来纳州婴幼儿计划 (NC ITP) 提前十 (10) 天提供书面通知，以进行评估和评价活动。您可能会同意建议的行动尽快进行，而不是等待十 (10) 天。  |
|  |
| ***选择事先提供书面通知并寻求同意的适当行动*** |
|  |
| **资格评价** | **儿童评估** |
| **建议的行动：** [ ] 初步评估以确定资格**或**[ ] 登记后进行评估，以确定后续资格 | **建议的行动：** [ ]  初始儿童评估**或**[ ]  招募后的儿童评估以为干预规划提供支持 |
| **行动：资格评价****原因：**评价的目的是确定您的孩子最初或后续参加 NC ITP的资格。 | **行动：儿童评估****原因：**在初步制定个别化家庭服务计划 (IFSP) 之前，对符合条件的儿童进行儿童评估，以便为干预规划提供信息。根据需要，可以在招募后进行额外的评估，以为后续的干预计划提供支持。 |
|  |
| **资格评价同意书** | **儿童评估同意书** |
| 本人已被**告知**与资格评价相关的**所有**信息。本人了解，本人可自愿选择是否同意，并可以随时以书面形式撤销同意。本人了解，除非本人书面同意，否则本人的孩子不会接受资格评价。 | 本人已被**告知**与儿童评估相关的**所有**信息。本人了解，本人可自愿选择是否同意，并可以随时以书面形式撤销同意。本人了解，除非本人书面同意，否则本人的孩子不会接受评估。 |
|       （***首字母***）本人同意 NC ITP 进行上述资格评价。 |       （***首字母***）本人同意 NC ITP 进行上述评估。 |
|  |
| **保险/Medicaid 医疗补助结算同意书**      ***（首字母）***本人已收到 *NC ITP 支付系统通知*的副本。本人已收到关于结算私人和公共保险金的通知，并表示理解。       ***（首字母）***本人理解，评价、评估和服务协调活动免费对所有家庭开放，无论是否同意结算私人或公共保险金。 **[ ]**  我同意[ ]  我不同意 让 NC ITP 和授权服务提供方为我的孩子结算私人保险和/或公共保险 (Medicaid)，以进行资格评价和/或儿童评估（*以及初始 IFSP 制定前适用的相关服务协调活动）*。本人特此授权发布处理保险索赔所需的医疗或临床信息。如果本人的孩子参加了私人保险和 Medicaid，本人了解 Medicaid 的政策是，在获得 Medicaid 赔付之前，必须先向私人保险结算。  |
| 家长签名       |  | 日期       |
| **关于儿童和家庭权利及程序保障的家长通知：** 我们向您提供了一份**《北卡罗来纳州婴幼儿计划儿童和家庭权利通知》**文件的副本，并对相关权利和程序保障进行了审查和解释，并将结果附作所有事先书面通知表格的附件。这些信息包括所有可用的程序保障措施，包括对调解、相关程序和州申诉程序的描述以及这些程序的时间表。 |  | **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. |