|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Programme pour nourrissons et tout-petits* | | | | | |  | |
| *Préavis écrit et Consentement à l'évaluation et à l'analyse* | | | | | | | |
| Nom de l’enfant : |  | | | Date de naissance : | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
| **Raison du préavis écrit :** Ceci a pour but de vous informer que les réglementations fédérales et de l'état exigent que le programme pour nourrissons et tout-petits de Caroline du Nord (NC ITP) fournisse un préavis écrit de dix (10) jours pour mener des activités d'évaluation et d'analyse. Vous pouvez accepter que les actions proposées se produisent plus tôt et ne pas attendre les dix (10) jours. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ***Sélectionnez les actions appropriées pour lesquelles un préavis écrit est fourni et le consentement est requis*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ** | | **ANALYSE DE L’ENFANT** | | | | | |
| **Action proposée:**  Évaluation initiale pour déterminer l'admissibilité **OU**  Évaluation après l'inscription pour déterminer l'admissibilité en cours | | **Action proposée:**  Analyse initial de l’enfant **OU**  Analyse de l'enfant après l'inscription pour aider à la planification de l'intervention | | | | | |
| **Action: Évaluation de l'admissibilité**  Raison: L’objectif de l'évaluation est de déterminer l'admissibilité initiale ou en cours de votre enfant au programme pour nourrissons et tout-petits  (NC ITP) | | **Action : Analyse de l’enfant**  Raison: Une analyse de l'enfant pour les enfants admissibles est effectuée avant le développement initial du plan de services familiaux individualisés (IFSP) pour informer la planification de l'intervention. Des analyses supplémentaires peuvent être effectuées après l'inscription au besoin pour aider à la planification en cours de l'intervention. | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Consentement pour l'évaluation de l'admissibilité** | | **Consentement pour l'analyse de l'enfant** | | | | | |
| J'ai été **pleinement informé** de toutes les informations pertinentes pour l'évaluation de l'admissibilité. Je comprends que mon consentement est volontaire et peut être révoqué par écrit à tout moment. Je comprends que mon enfant ne recevra pas l'évaluation d'admissibilité à moins que je donne mon consentement écrit. | | J'ai été **pleinement** **informé** de toutes les informations pertinentes pour l'analyse de l'enfant. Je comprends que mon consentement est volontaire et peut être révoqué par écrit à tout moment. Je comprends que mon enfant ne recevra pas l'analyse d'admissibilité à moins que je donne mon consentement écrit. | | | | | |
| (initiale) J'autorise le NC ITP à effectuer l'évaluation d'admissibilité décrite ci-dessus. | | (initiale) J’autorise le NC ITP à effectuer l'analyse tel que décrite ci-dessus. | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Consentement de la facture d’assurance/ Medicaid**       (initiale) J'ai reçu une copie du système de notification de paiement NC ITP. Les notifications relatifs à la facturation des prestations d'assurances privées et publiques m'ont été expliquées et je les comprends.        (initiale) Je comprends que les activités d'évaluation, d'analyse et de coordination des services sont fournis gratuitement à toutes les familles, quelles que soit le consentement à la facturation des prestations d’assurance privées ou publiques.  Je fais  Je ne donne pas mon consentement pour que le NC ITP et les fournisseurs de services autorisés facturent l'assurance privée et/ou l'assurance publique (Medicaid), enregistrée pour mon enfant, pour l'évaluation d'admissibilité et/ou l'analyse de l'enfant (et les activités de coordination des services connexes le cas échéant avant le développement initial de l’IFSP.*)*. J'autorise la divulgation des informations médicales ou cliniques nécessaires pour gérer la déclaration de sinistre. Si mon enfant est couvert par une assurance privée et Medicaid, je comprends que la politique de Medicaid est que l'assurance privée doit être facturée d’abord avant que les prestations de Medicaid puissent être accessibles. | | | | | | | |
| Signature du Parent | | |  | Date | | | |
| **Notification parentale des droits de l'enfant et de la famille et les garanties de procédures :** Une copie du document ***notification des droits de l'enfant et de la famille dans le cadre du programme pour nourrissons et tout-petits*** vous est fournie et les droits et des garanties de procédures pertinentes sont examinés et expliqués en accompagnement de tous les formulaires de préavis écrite. Ces informations comprennent toutes les garanties de procédures disponibles, comprenant une description des procédures de médiation, de procédure judiciaire officielle et de plainte de l'État, ainsi que les délais de ces procédures. | | |  | **For CDSA Use** (check and complete all that apply) : | | | |
|  | | |  |  | Notice mailed on |  | |
|  | | |  |  | Notice hand-delivered on | |  |
|  | | |  |  | Notice hand-delivered on | |  |
|  | | |  |  | to have the proposed action(s) occur sooner and not wait the ten (10) day prior notice time. | | |