|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Программа штата Северная Каролина для младенцев и*** | | | | | | | | | |  |
| ***детей ясельного возраста*** ***Предварительное письменное уведомление и согласие на анализ и оценку*** | | | | | | | | | | |
| Имя ребенка: |  | | | | Дата рождения: | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | | |
| **Причина предварительного письменного уведомления:** Настоящим уведомляем вас о том, что федеральные правила и правила штата требуют, чтобы Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста (NC ITP) направляла письменное уведомление за десять (10) дней до проведения оценки и азалища мероприятий. Вы можете согласиться на то, чтобы предлагаемые действия были выполнены раньше, чтобы не ожидат десять (10) дней. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ***Выберите соответствующие действия, для которых предоставляется предварительное письменное уведомление и запрашивается согласие*** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **ОЦЕНКА ПРАВА НА УЧАСТИЕ** | | | **ОЦЕНКА РЕБЕНКА** | | | | | | | |
| **Предлагаемое действие:**  Первоначальная оценка для определения приемлемости ИЛИ  Оценка после зачисления для определения текущего права на участие | | | **Предлагаемое действие:**  Первоначальная оценка ребенка **ИЛИ**  Оценка ребенка после зачисления для помощи в планировании вмешательства | | | | | | | |
| **Действие:** оценка права на участие  **Причина.** Целью оценки является определение первоначального или текущего права вашего ребенка на участие в программе штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста (NC ITP). | | | **Действие:** Оценка ребенка  **Причина**: Оценка детей, имеющих право на получение помощи, проводится до первоначальной разработки Индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP), для информирования о планирование вмешательства. Дополнительные оценки могут быть проведены после зачисления в Программу по мере необходимости, чтобы помочь в планировании текущего вмешательства. | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Согласие на оценку права на участие** | | | **Согласие на оценку ребенка** | | | | | | | |
| Мне была представлена **полная информация**, относящейся к оценке приемлемости. Я понимаю, что мое согласие является добровольным и может быть отозвано в письменной форме в любое время. Я понимаю, что мой ребенок не будет проходить оценку соответствия требованиям, если я не дам письменное согласие. | | | Мне была представлена **полная информация**, относящейся к оценке ребенка. Я понимаю, что мое согласие является добровольным и может быть отозвано в письменной форме в любое время. Я понимаю, что мой ребенок не получит оценку, если я не дам свое письменное согласие | | | | | | | |
| ***(указать инициалы***) Я даю свое согласие на проведение Программой оценки NC ITP приемлемости, как это описано выше. | | | ***(указать инициалы***) Я даю свое согласие на проведение Программой оценки NC ITP, как это описано выше. | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Согласие на** выставление счетов на страхование / Медикэйд  **(*указать инициалы)*** Я получил копию Уведомления графика платежей учпстия в NC ITP. Уведомления, связанные с выставлением счетов за частные и государственные страховые выплаты, были мне разъяснены, и я полностью их понимаю.        ***указать инициалы***) Я понимаю, что дейчтвия по оценке и координации услуг предоставляются бесплатно для всех семей, независимо от их согласия на выставление счетов по частным или государственным страховым пособиям.  Я Даю  Я не даю согласие на то, чтобы NC ITP и уполномоченные поставщики услуг выставляли счета на частную страховку и/или государственную страховку (медпомощь) в отношении моего ребенка, для оценки соответствия требованиям и/или оценки ребенка (а также связанной с этим деятельности по координации услуг, если применимо) до первоначальной разработки *IFSP*). Я разрешаю раскрытие медицинской или клинической информации, необходимой для обработки страховых компаний данных. Если мой ребенок застрахован частной страховкой и программой «Медикэйд», я понимаю, что программа «Медикэйд» заключается в том, что сначала должен быть выставлен счет по частной страховке, прежде чем можно будет получить доступ к льготам «Медикэйд». | | | | | | | | | | |
| Подпись родителя | | | |  | Дата | | | | | |
| Уведомление родителей о правах ребенка и семьи и процедурных гарантиях: вам предоставляется копия документа «Уведомление о правах ребенка и семьи Северной Каролины для детей младшего возраста», а соответствующие права и процессуальные гарантии рассматриваются и разъясняются в качестве дополнения ко всем предварительным письменным уведомлениям и формам. Эта информация включает в себя все доступные процессуальные гарантии, в том числе описание медиации, надлежащей правовой процедуры и процедур рассмотрения жалоб в штате, а также сроки этих рассмотрения. | | | |  | **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. | | | | |