|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***မြောက်ကာရိုလိုင်းနား မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး အစီအစဉ်*** | | | | | | | | | |  |
| ***အကဲဖြတ်ချက်နှင့် စစ်ဆေးမှုအတွက် ကြိုတင်ရေးသားထားသော အသိပေးချက်*** | | | | | | | | | | | |
| ကလေးအမည်- |  | | | | မွေးသက္ကရာဇ်- | |  | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | |
| **ကြိုတင်ရေးသားထားသော သတိပေးချက်အတွက် အကြောင်းပြချက်-** ဖဒရယ်အစိုးရနှင့် ပြည်နယ် စည်းမျဉ်းများအရ မြောက်ကာရိုလိုင်းနား မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး အစီအစဉ်က အကဲဖြတ်ချက်နှင့် စစ်ဆေးခြင်းဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားမှုများ လုပ်ဆောင်ရန် ဆယ် (10) ရက် ကြိုတင်ရေးသားထားသော စာဖြင့်အကြောင်းကြားစာ ပေးပို့ရန် လိုအပ်ကြောင်း အသိပေးအပ်ပါသည်။ သင်သည် အဆိုပြုထားသော လုပ်ဆောင်ချက်(များ) ဆောလျင်စွာ အကောင်အထည်ပေါ်စေရန်နှင့် (10) ရက်ကို မစောင့်ဘဲ သဘောတူနိုင်ပါသည်။ | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ***ကြိုတင်ရေးသားအသိပေးပြီး သဘောတူညီချက်တောင်းခံသည့် သင့်လျော်သောလုပ်ဆောင်မှုများကို ရွေးချယ်ပါ*** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု အကဲဖြတ်ချက်** | | | **ကလေးသူငယ်အကဲဖြတ်ချက်** | | | | | | | | |
| **အဆိုပြုထားသည့် လုပ်ဆောင်ချက်-**   သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် ကနဦးအကဲဖြတ် ချက် **သို့မဟုတ်**   လက်ရှိ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် စာရင်းသွင်း ပြီးနောက် အကဲဖြတ်ချက် | | | **အဆိုပြုထားသည့် လုပ်ဆောင်ချက်-**   ကနဦး ကလေးသူငယ် အကဲဖြတ်ချက် | | | | | | | | |
| **လုပ်ဆောင်မှု- သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု အကဲဖြတ်ချက်**  **အကြောင်းပြချက်-** အကဲဖြတ်ချက်၏ရည်ရွယ်ချက်မှာ NC မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး အစီအစဉ် (NC ITP) အတွက် သင့်ကလေး၏ ကနဦး သို့မဟုတ် လက်ရှိ သတ်မှတ် ချက်ပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန်ဖြစ်သည်။ | | | **လုပ်ဆောင်မှု- ကလေးသူငယ် အကဲဖြတ်ချက်**  **အကြောင်းပြချက်-** သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော ကလေးများအတွက် ကလေးသူငယ် အကဲဖြတ်ချက်အား ကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှု အစီအစဉ်ကို အကြောင်းကြားရန် IFSP ကနဦးရေးဆွဲမှုမတိုင်မီ ပြုလုပ်ပါသည်။ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု အကဲဖြတ်ချက်အတွက် သဘောတူညီချက်** | | | **ကလေးသူငယ် စစ်ဆေးမှုအတွက် သဘောတူညီချက်** | | | | | | | | |
| သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု အကဲဖြတ်ချက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက် အားလုံးကို ကျွန်ုပ်အား **အပြည့်အဝ အသိပေးထားပါသည်**။ ကျွန်ုပ်၏သဘောဆန္ဒသည် ဆန္ဒအလျောက်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် အချိန်မရွေး စာဖြင့် ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏စာဖြင့် ခွင့်ပြုချက်မပေးပါက ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုအကဲဖြတ်ချက်ကို လက်ခံရရှိမည်မ ဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ | | | ကလေးသူငယ် စစ်ဆေးမှုနှင့်သက်ဆိုင်သည့် အချက်အလက် အားလုံးကို ကျွန်ုပ်အား **အပြည့်အဝ အသိပေးထားပါသည်**။ ကျွန်ုပ်၏သဘောဆန္ဒသည် ဆန္ဒအလျောက်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် အချိန်မရွေး စာဖြင့် ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏စာဖြင့်ခွင့်ပြုချက်မပေးပါက ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် စစ်ဆေးမှုကို လက်ခံရရှိမည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ | | | | | | | | |
| ***(လက်မှတ်တိုထိုးပါ)*** အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုအကဲဖြတ်ချက်ကို လုပ်ဆောင်ရန် NC ITP အား ကျွန်ုပ်၏သဘောတူညီချက်ကို ပေးပါသည်။ | | | ***(လက်မှတ်တိုထိုးပါ)*** အထက်တွင်ဖော်ပြခဲ့သည့်အတိုင်း စစ်ဆေးမှုကို ဆောင်ရွက်ရန် NC ITP အား ကျွန်ုပ်၏ သဘောတူချက်ကို ပေးပါသည်။ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **အာမခံ / Medicaid သို့ ငွေတောင်းခံရန်သဘောတူညီချက်**        ***(လက်မှတ်တိုထိုးပါ)*** *NC ITP စနစ်၏ ငွေပေးချေမှု အသိပေးချက်* မိတ္တူကို ကျွန်ုပ် လက်ခံရရှိခဲ့ပါသည်။ ပုဂ္ဂလိကနှင့် အစိုးရ အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်များကို ငွေတောင်းခံခြင်းဆိုင်ရာ အသိပေးချက်များကို ကျွန်ုပ်အား ရှင်းပြခဲ့ပြီး ၎င်းတို့ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။        ***(လက်မှတ်တိုထိုးပါ)*** ပုဂ္ဂလိက သို့မဟုတ် အစိုးရ အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်များအား ငွေတောင်းရန် သဘောတူညီချက် မလိုဘဲ အကဲဖြတ်ချက်၊ စစ်ဆေးခြင်းနှင့် ဝန်ဆောင်မှုညှိနှိုင်းခြင်းလုပ်ငန်းများအတွက် မိသားစုအားလုံးအား အခမဲ့ပံ့ပိုးပေးထားကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။  NC ITP နှင့် တရားဝင်ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအား ကျွန်ုပ်၏ကလေးအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု အကဲဖြတ်ချက်နှင့်/သို့ မဟုတ် ကလေးသူငယ် စစ်ဆေးမှု *(နှင့် ကနဦး IFSP ရေးဆွဲခြင်းမတိုင်မီ သက်ဆိုင်သည့် ဆက်စပ်ဝန်ဆောင်မှုဆိုင်ရာ ညှိနှိုင်းဆော င်ရွက်မှုများ)* အတွက် မှတ်တမ်းတင်ထားသော ပုဂ္ဂလိကအာမခံနှင့်/သို့မဟုတ် အစိုးရအာမခံ (Medicaid) ကို ငွေကော က်ခံရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူညီချက်  ပေးပါသည်  မပေးပါ။ အာမခကြေးတောင်းဆိုမှုကို လုပ်ဆောင်ရန် လိုအပ်သော ကျန်းမာ ရေးဆို င်ရာ သို့မဟုတ် ဆေးခန်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ် ထုတ်ပြန်ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား ပုဂ္ဂလိကအာမခံနှင့် Medicaid မှ အာမခံကာကွယ်ထားပါက Medicaid မူဝါဒအရ Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များကို မရရှိနိုင်မီတွင် ပုဂ္ဂလိကအာမခံကို ဦးစွာငွေတောင်းခံရမည်ဟု ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ | | | | | | | | | | | |
| မိဘ လက်မှတ် | | | |  | ရက်စွဲ | | | | | | |
| **ကလေးသူငယ်နှင့် မိသားစုအခွင့်အရေးများ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းဆိုင်ရာ အကာအကွယ်များဆိုင်ရာ မိဘသတိပေးချက်- *မြောက်ကာရိုလိုင်းနား မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး အစီအစဉ် ကလေးသူငယ်နှင့် မိသားစုအခွင့်အရေးဆိုင်ရာ သတိပေးချက်*** စာရွက်စာတမ်း မိတ္တူကို သင့်ထံ ပေးအပ်ထားပြီး သက်ဆိုင်ရာ အခွင့်အရေးများနှင့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းဆိုင်ရာ အကာအကွယ်များကို ကြိုတင်ရေးသားထားသော အသိပေးချက်ပုံစံများအားလုံးကို ပူးတွဲပါအဖြစ် သုံးသပ်ကြည့်ရှုပြီး ရှင်းပြပေးထားပါသည်။ ဤအချက်အလက်များတွင် ကြားဝင်ညှိနှိုင်း‌ခြင်း၊ တရားမျှတမှု လုပ်ငန်းစဉ်နှင့် ပြည်နယ် တိုင်ကြားမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများနှင့် အဆိုပါလုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအတွက် အချိန်ဇယားများအပါအဝင် ရရှိနိုင်သော လုပ်ထုံးလုပ်နည်းဆိုင်ရာ အကာအကွယ်များအားလုံး ပါဝင်သည်။ | | | |  | **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. | | | | | |