|  |  |
| --- | --- |
| ***برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی*** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***اطلاع کتبی قبلی و رضایت برای ارزیابی و سنجش*** | | | | | | | | | | |
| نام طفل: |  | | | | تاریخ تولد: | |  | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | |
| **علت اطلاعیه کتبی قبلی:** بدینوسیله به اطلاع شما می‌رسانیم که مقررات فدرال و ایالتی، برنامه نوزادان و اطفال نوپای کارولینای شمالی را ملزم می‌کند که ده (10) روز قبل، اطلاع کتبی برای انجام فعالیت‌های ارزیابی و سنجش ارائه دهد. شما می‌توانید موافقت کنید که اقدام (های) پیشنهادی زودتر انجام شود و ده (10) روز منتظر نمانید. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ***اقدامات مناسبی را که برای آنها قبلاً اطلاعیه کتبی ارائه شده و رضایت گرفته شده است، انتخاب کنید.*** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **ارزیابی واجد شرایط بودن** | | | **ارزیابی طفل** | | | | | | | |
| **اقدام پیشنهادی:**   ارزیابی اولیه برای تعیین واجد شرایط بودن **یا**   ارزیابی پس از ثبت نام برای تعیین واجد شرایط بودن مداوم | | | **اقدام پیشنهادی:**   ارزیابی اولیه طفل | | | | | | | |
| **اقدام: ارزیابی واجد شرایط بودن**  **علت:** هدف از ارزیابی، تعیین واجد شرایط بودن اولیه یا مداوم طفل شما برای برنامه اطفال نوپای کارولینای شمالی (NC ITP) است. | | | **اقدام: ارزیابی طفل**  **علت:** ارزیابی طفل برای اطفال واجد شرایط قبل از توسعه اولیه IFSP انجام می‌شود تا برنامه‌ریزی مداخله‌ای را اطلاع‌رسانی کند. | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **رضایت برای ارزیابی واجد شرایط بودن** | | | **رضایت برای ارزیابی طفل** | | | | | | | |
| من از تمام اطلاعات **مربوط به** ارزیابی واجد شرایط بودن به طور کامل مطلع شده‌ام. من متوجه هستم که رضایت من داوطلبانه است و ممکن است در هر زمانی کتباً لغو شود. من متوجه هستم که فرزندم ارزیابی واجد شرایط بودن را دریافت نخواهد کرد، مگر اینکه رضایت کتبی خود را ارائه دهم. | | | **من به طور** کامل از تمام اطلاعات مربوط به ارزیابی طفل مطلع شده‌ام. من متوجه هستم که رضایت من داوطلبانه است و ممکن است در هر زمانی کتباً لغو شود. من متوجه هستم که فرزندم بدون رضایت کتبی من، ارزیابی را دریافت نخواهد کرد. | | | | | | | |
| ***(با حروف اول نام امضا کنید)*** من رضایت خود را برای انجام ارزیابی واجد شرایط بودن توسط NC ITP همانطور که در بالا توضیح داده شد، اعلام می‌کنم. | | | ***(با حروف اول نام امضا کنید)*** من رضایت خود را برای انجام ارزیابی توسط NC ITP به شرح فوق اعلام می‌کنم. | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **رضایت ارسال کردن بل به بیمه / Medicaid**        ***(با حروف اول نام امضا کنید)*** من یک کاپی از اطلاعیه سیستم پرداخت NC ITP را دریافت کرده‌ام. اطلاعیه‌های مربوط به صدور بل مزایای بیمه خصوصی و دولتی برای من توضیح داده شده است و من آنها را متوجه می‌شوم.        ***(با حروف اول نام امضا کنید)*** من متوجه هستم که فعالیت‌های ارزیابی، سنجش و هماهنگی خدمات، صرف نظر از رضایت برای صدور بل مزایای بیمه خصوصی یا دولتی، به صورت رایگان برای همه خانواده‌ها ارائه می‌شود.  من به ITP کارولینای شمالی و فراهم کنندگان خدمات مجاز اجازه می دهم   نمی دهم که برای ارزیابی واجد شرایط بودن و/یا ارزیابی طفل (و فعالیت های هماهنگی خدمات مرتبط، در صورت لزوم قبل از توسعه اولیه IFSP) به بیمه خصوصی و/یا بیمه عمومی (Medicaid)، که برای فرزندم ثبت شده است، بل هزینه ها صادر کند. من اجازه انتشار معلومات طبی یا کلینیکی لازم برای پروسس درخواست بیمه را می‌دهم. اگر طفل من تحت پوشش بیمه خصوصی و مدیکید باشد، متوجه هستم که طبق سیاست مدیکید، قبل از دسترسی به مزایای مدیکید، ابتدا باید صورتحساب بیمه خصوصی صادر شود. | | | | | | | | | | |
| امضای ولی | | | |  | تاریخ | | | | | |
| **اطلاعیه والدین در مورد حقوق طفل و خانواده و ضمانت‌های رویه‌ای:** یک کاپی از سند ***اطلاعیه حقوق طفل و خانواده برنامه نوزادان و اطفال نوپای کارولینای شمالی*** در اختیار شما قرار داده شده است و حقوق مربوطه و رویه‌های حفاظتی به عنوان ضمیمه تمام فورم‌های اطلاعیه کتبی قبلی بررسی و توضیح داده شده‌اند. این معلومات شامل تمام ضمانت‌های رویه‌ای موجود، از جمله شرحی از رویه‌های میانجیگری، دادرسی عادلانه و شکایت ایالتی و جدول زمانی این رویه‌ها است. | | | |  | **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. | | | | |