



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Ընդունման դիմում

Նորածիններ և 3 տարեկանից փոքր երեխաներ

Երեխայի մասին տեղեկություն.

Անուն	Երկրորդ անուն	Ազգանուն
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ծննդյան ամսաթիվ Տարիք (ամիսներով)	Ծննդյան վայր	Սեռ (Սեռ, որը նշվել է ծնվելիս)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական
Տարածաշրջանային կենտրոնի հետ հաղորդակցման նախընտրելի լեզու.	Այլ լեզուներ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Ազգություն

Եթե փոխվել է Երեխայի անունը, խնդրում ենք ստորև նշել նախկին անունը:

Նախորդ Անուն	Նախորդ Երկրորդ անուն	Նախորդ Ազգանուն
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Երեխայի հասցեն .

Ո՞րն հետ է ապրում երեխան: Երկու ծնողներ Միայն մայր Միայն հայր Ինամակալ ծնողներ Այլ

Փողոց

Քաղաք	Նահանգ	Փոստային կոդ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ո՞վ է օրենքով սահմանված պատասխանատու կողմը, որի հետ կարելի է կապ հաստատել Երեխայի դիմումի վերաբերյալ:

Անուն	Ազգանուն	Ազգակցություն
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Հիմնական հեռախոսահամար	Այլընտրանքային հեռախոսահամար	Էլ. փոստի հասցե
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Խնդրում ենք տրամադրել տեղեկություններ այն անձի, գործակալության կամ ընկերության վերաբերյալ, որն ուղղորդել է:

Գործակալության անվանումը / Կոնտակտային անձ	Հիմնական հեռախոսահամար	Էլ. փոստ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Արդյո՞ք երեխան գնահատում կամ ծառայություն է ստացել մեկ այլ մարզային կենտրոնից: Այո Ոչ

Եթե «Այո», խնդրում ենք նշել Տարածաշրջանային կենտրոնը.



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Ծնող 1 Տեղեկություններ.

Երեխայի հետ ազգակցական կապը. _____

Անուն Երկրորդ անուն Ազգանուն

--	--	--

Ծննդյան ամսաթիվ Ծննդյան վայր Լեզու

--	--	--

Փողոց

--

Քաղաք Նահանգ Փոստային կոդ

--	--	--

Հեռախոսահամար

--

Գործատուի անվանումը Հաստիքը

--	--

Հաշմանդամ Այո Ոչ Մահացած Այո Ոչ

Ամուսնական կարգավիճակ Ամուսնացած Ամուսնալուծված Բաժանված
 Մենակ Այրի

Ծնող 2 Տեղեկություններ.

Երեխայի հետ ազգակցական կապը. _____

Անուն Երկրորդ անուն Ազգանուն

--	--	--

Ծննդյան ամսաթիվ Ծննդյան վայր Լեզու

--	--	--

Փողոց

--

Քաղաք Նահանգ Փոստային կոդ

--	--	--

Հեռախոսահամար

--

Գործատուի անվանումը Հաստիքը

--	--

Հաշմանդամ Այո Ոչ Մահացած Այո Ոչ

Ամուսնական կարգավիճակ Ամուսնացած Ամուսնալուծված Բաժանված
 Մենակ Այրի



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Անամնեզ

Խնդրում ենք նկարագրել ծննդյան պահի քաշը, վաղաժամ ծննդաբերության աստիճանը (եթե կան), ծննդաբերության բարդությունները, ցանկացած բժշկական վիճակ կամ ախտորոշում.

Արդյո՞ք երեխան գտնվում էր նորածինների ինտենսիվ խնամքի բաժանմունքում (NICU): _____

Խնդրում ենք նկարագրել տեսողական/լսողական ցանկացած խանգարում.

Զարգացման պատմություն

Խնդրում ենք նկարագրել երեխայի ֆիզիկական զարգացման վերաբերյալ ցանկացած մտահոգություն:

Խնդրում ենք նկարագրել ցանկացած մտահոգություն երեխայի խոսքի զարգացման վերաբերյալ:

Խնդրում ենք նկարագրել ցանկացած մտահոգություն երեխայի սոցիալական շփման և/կամ վարքի վերաբերյալ:



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Պոլիկլինիկայի կոնտակտային տվյալները՝ բժշկական հաշվառման դիմելու համար

Ինդրում ենք նշել հիվանդանոցի, որտեղ ծնվել է երեխան, կամ NICU-ի անունը և կոնտակտային տվյալները, գործող բժշկին և/կամ այլ բժիշկ-մասնագետին, ապա խնդրում ենք ստորագրել համապատասխան համաձայնությունները՝ ընթացիկ գրառումները ստանալու համար:

A. Ծննդատուն / Նորածինների ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք (NICU)

Անվանում

Փողոց

Քաղաք

Նահանգ

Փոստային կոդ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Հեռախոսահամար

B. Ներկայիս բժիշկ

Անվանում

Փողոց

Քաղաք

Նահանգ

Փոստային կոդ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Հեռախոսահամար

Մասնագիտացում

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

C. Այլ բժիշկ կամ բժշկական մասնագետ (օրինակ՝ նյարդաբան, գենետիկ, օրթոպեդ)

Անվանում

Փողոց

Քաղաք

Նահանգ

Փոստային կոդ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Հեռախոսահամար

Մասնագիտացում

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ապահովագրական տեղեկատվություն.

Բժշկ-ական

Ապահովագրության անվանում

Ապահովագրական պոլիսի համար

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Ինդրում ենք ձեր դիմումի հետ ներկայացնել երեխայի ապահովագրական քարտի պատճեն:

Ինդրում ենք լրացնել ամբողջ ձևաթուղթը և ֆաքսով ուղարկել Ընդունման բաժին (818) 756-6170
կամ էլեկտրոնային եղանակով ներկայացնել earlystartintake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

Գլխավոր 818-778-1900 • Ֆաքս 818-756-6140 | 9200 Oakdale Avenue #100, Chatsworth, CA 91311 | www.nlacrc.org

ՎԱՂ ՍԿՍՎԱԾ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆԵԼՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ ԲԱՅԱՀԱՅՏՈՒՄ

Նպատակը . Այս ձևի նպատակն է թույլ տալ Հյուսիսային Լոս Անջելես տարածաշրջանային կենտրոնին ("NLACRC") համաձայնություն ստանալու՝ ձեր երեխայի՝ Կալիֆորնիայի Վաղ մեկնարկի ծրագրին համապատասխանության գնահատում կատարելու համար:

Շրջանակ. Ստորագրելով ստորև՝ դուք թույլ եք տալիս NLACRC-ին կատարել այս Վաղ մեկնարկի ծրագրի գնահատումը, որը կներառի ձեր երեխայի առողջության և զարգացման այլ կարևոր տեղեկությունների հավաքագրում և գնահատում (ծննդից մինչև այժմ), որը կարող է ներառել՝ համագործակցություն մեկ կամ մի քանի NLACRC ծառայությունների մատակարարների հետ աջակցելու NLACRC-ին այս գնահատումն ավարտելու հարցում:

Գնահատման մասին. Ստորագրելով ստորև՝ դուք համաձայնում եք, որ NLACRC-ն իմանա և հավաքի տեղեկատվություն ձեր երեխայի զարգացման մասին, որը կներառի բոլոր անձանցից առողջական գրառումների ստացումը, ձեր երեխայի զարգացման փուլերի մասին ձեզ հետ խոսելը, ձեր երեխային տանը կամ այլ նմանատիպ միջավայրերում տեսնելը և ձեր երեխայի բժշկական և/կամ այլ նմանատիպ գրառումների դիտարկումը: Հավաքագրված տեղեկատվությունը կօգնի NLACRC-ին որոշել, թե արդյոք ձեր երեխան համապատասխանում է Կալիֆորնիայի վաղ մեկնարկի ծրագրին, և եթե այո, ապա հետագայում կօգնի մեզ բացահայտել ձեր երեխայի համար անհրաժեշտ վաղ միջամտության ծառայությունների տեսակը:

Ստորագրելով ստորև՝ դուք հասկանում և համաձայնում եք հետևյալին.

Ինչ է նշանակում ստորև դրված ստորագրությունը.

- Սույն գնահատումն իրականացնելու Ձեր գրավոր համաձայնությունն ամբողջությամբ կամավոր է, ուժի մեջ է երկու (2) տարի՝ ստորև ներկայացված օրվանից և կարող է հետ կանչվել ցանկացած պահի:
- Ձեր գրավոր համաձայնությունը անհրաժեշտ է NLACRC-ին՝ Վաղ մեկնարկի ծրագրին մասնակցելու իրավունքը որոշելու համար:
- Ձեր երեխայի Վաղ մեկնարկի ծրագրի մասնակցության գնահատումը կավարտվի ըստ պատշաճի և կկատարվի ձեր ու ձեր երեխայի առաջնային լեզվով կամ նախընտրելի լեզվով:
- Դուք իրավունք ունեք վերանայել, ստուգել և ստանալ ձեր երեխայի գրառումների պատճենը:
- Ձեր երեխայի վերաբերյալ հավաքված բոլոր գրառումները կպահպանվեն հույժ գաղտնի՝ համաձայն HIPAA-ի և Կալիֆորնիայի գաղտնիության այլ կիրառելի օրենքների:
- NLACRC-ը կկատարի զարգացման գնահատումը բոլոր հինգ (5) զարգացման ուղղություններում, որոնք կօգնեն որոշել, թե արդյոք ձեր երեխան իրավունք ունի կամ շարունակում է իրավունք ունենալ ստանալ Վաղ միջամտության ծառայությունները:
- NLACRC-ը ձեր երեխայի վերաբերյալ անձամբ կտեղեկացնի NLACRC-ին ծառայություններ մատուցող(ներ)ին՝ Վաղ մեկնարկի գնահատում անցկացնելու նպատակով: Այս տեղեկությունը ներառում է, բայց չի սահմանափակվում, ձեր երեխայի անունը, ծննդյան ամսաթիվը, տան հասցեն, հեռախոսահամար(ներ)ը և նմանատիպ այլ տեղեկություններ:

Երեխայի անուն

Երեխայի ծննդյան տարեթիվ

Ծնողի / Օրինական խնամակալի անուն

Ծնողի / Օրինական խնամակալի ստորագրություն

Ամսաթիվ

Խնդրում ենք լրացնել ամբողջ ձևաթուղթը և ֆաքսով ուղարկել Ընդունման բաժին (818) 756-6170 կամ էլեկտրոնային եղանակով ներկայացնել earlystartintake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

Գլխավոր 818-778-1900 • Ֆաքս 818-756-6140 | 9200 Oakdale Avenue #100, Chatsworth, CA 91311 | www.nlacrc.org

ԼՐԱՅՈՒՑԻՉ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ՝ ԻՄ ԵՐԵՒԱՅԻՆ ՎԵՐԱԲԵՐՎՈՂ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱՑՎԱԾ ՌԵՍՈՒՐՍԱՅԻՆ ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏ ԿԻՍԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ

Ստորագրելով ստորև՝ ես լիազորում եմ NLACRC-ին ուղղորդել իմ երեխային, եթե NLACRC-ն նպատակահարմար է գտնում, մեկ կամ մի քանի մասնագիտացված ռեսուրսային գործակալությունների՝ իմ երեխայի առողջական վիճակ(ներ)ի հետ կապված հետագա հնարավոր օգնություն ստանալու համար: Այս մասնագիտացված ռեսուրսային գործակալությունները ներառում են Ընտանեկան ռեսուրսային կենտրոնը, Կալիֆորնիայի երեխաների ծառայությունների գործակալությունը, և Վաղ մեկնարկի ծրագիրը: Նշենք, որ այս ուղղորդման գործընթացը կհամապատասխանի բոլոր HIPAA և այլ կիրառելի Դաշնային և Կալիֆորնիայի գաղտնիության օրենքներին:

Ծնող / Օրինական խնամակալի անուն

Ամսաթիվ

Չարդսցման խանգարումներ ունեցող անձանց աջակցություն Սան ֆերնանդո, Սանտա Կլարիտա և Անտերոպե Ուոլդես քաղաքներում սկսած 1974թ.-ից



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

ԲԱՅԱՀԱՅՏՄԱՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ՉԱՐԳԱՑՄԱՆ ԵՎ ԿՐԹԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Սույնով ես լիազորում եմ **NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER (NLACRC)** և/կամ նրա նշանակված աշխատակիցներին հրապարակել պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները, ներառյալ բժշկական, զարգացման և/կամ կրթական տեղեկությունները, ինչպես նշված է ստորև՝ տեղական կրթական գործակալության հետ անցումային պլանավորմանը աջակցելու նպատակով:

Ինդրում եմ տրամադրել բժշկական գրառումները և/կամ այլ տեղեկություններ հետևյալի վերաբերյալ.

Անուն. Ծննդյան ամսաթիվ.

UCI#:

Տրամադրել գրառումները.

Ուշադրություն.

ՉԵՂԱՐԿՈՒԹ

Այս թույլտվությունը կարող է չեղարկվել ստորագրողների կողմից ցանկացած պահի: Չեղարկումը պետք է լինի գրավոր, ստորև ստորագրողների կողմից ստորագրված, և պետք է ներկայացվի NLACRC-ին վերոնշյալ հասցեով: Գրավոր չեղարկումը ուժի մեջ կմտնի ստանալու պահից, սակայն չի գործի այնքանով, որքանով դիմողը կամ մյուսները գործել են՝ հիմնվելով այս թույլտվության վրա:

ԺԱՄԱՆԱԿԱՀԱՏՎԱԾ

Սույն լիազորագիրը ուժի մեջ կմտնի անմիջապես և կգործի մինչև _____ (մուտքագրել ամսաթիվը) կամ ստորագրության օրվանից մեկ տարվա ընթացքում, եթե վերջնաժամկետ նշված չէ:

ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏԱԳԱՏՄԱՆ ՏՐԱՄԱԳՐՈՒԹ

NLACRC-ն և շատ այլ կազմակերպություններ և անհատներ օրենքով պարտավոր են գաղտնի պահել ձեր առողջական տեղեկությունները: Եթե դուք թույլատրել եք ձեր առողջական տեղեկատվության տրամադրումը մեկին, ով օրենքով պարտավոր չէ դրանք գաղտնի պահել, այն այնուհետև չի պաշտպանվում գաղտնիության մասին նահանգային կամ դաշնային օրենքներով:

ԲԱՅԱՀԱՅՏՎԱԾ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ՆԵՐԱՌԵԼ

1. Անձը հաստատող տեղեկատվություն (երեխայի անուն, ծննդյան տարեթիվ, ծնող(ներ)ի անուն, ընտանիքի հասցե և հեռախոսահամար)
 2. Չարգացման գնահատումներ և վերլուծություններ
 3. IFSP (Individual Family Service Plan, Ընտանեկան սպասարկման անհատական պլան)
 4. Հոգեբանական գնահատական
- Կրթության վերաբերյալ այլ տեղեկություններ.

Ես/մենք թույլատրում եմ/ենք NLACRC-ին փոխանցել իմ/մեր երեխայի մասին տեղեկությունը Տեղական կրթական գործակալությանը, ներառյալ գնահատման և վերլուծության տեղեկությունները և IFSP(ներ)ի պատճենները, որոնք իրականացվել են, որպեսզի LEA-ն օգնի բացահայտել անհրաժեշտ գնահատումները՝ IDEA Part B-ի ներքո մինչև 3 տարեկանը հատուկ կրթական ծրագրերին մասնակցելու համապատասխանությունը:

Ես հասկանում եմ, որ այս լիազորությունը կամավոր է և կարող է չեղյալ համարվել ցանկացած պահի: Ես հասկանում եմ, որ ես իրավունք ունեմ որոշ գրառումներ չբացահայտել LEA-ի համար:

Ես իրավունք ունեմ ստանալու սույն լիազորագրի պատճենը իմ գրառումների համար: Սույն լիազորագրի պատճենն ուժի մեջ է, ինչպես բնօրինակը:

Ստացողի կամ ստացողի օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը _____ Ամսաթիվ _____

Տպագիր անունը _____ Ազգակցությունը, եթե ստորագրված է ոչ ստացողի կողմից _____

Ինդրում եմք լրացնել ամբողջ ձևաթուղթը և ֆաքսով ուղարկել Ընդունման բաժին (818) 756-6170 կամ էլեկտրոնային եղանակով ներկայացնել earlystartintake@nlacrc.org **Էջ. 7/9**



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

ԲԺՇԿԱԿԱՆ, ԿՐԹԱԿԱՆ ԵՎ/ԿԱՄ ԱՅԼ ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ/ԿԱՄ ԲԱՅԱՀԱՅՏՄԱՆ ԼԻԱԶՈՐԱԳԻՐ

Ուսմ. Ուշադրութիւն

Սույնով լիազորում եմ նշված բժշկին, հիվանդանոցին, պոլիկլինիկային, հոգեկան առողջության պահպանման, ուսումնական հաստատությանը և/կամ դրանց կողմից նշանակված աշխատողներին տրամադրել պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները և/ կամ կրթական գրառումները, ինչպես նշված է ստորև.

Խնդրում եմ տրամադրել բժշկական գրառումները և/կամ այլ տեղեկություններ հետևյալի վերաբերյալ.

Անուն. Ծննդյան ամսաթիվ.

Տրամադրել բժշկական տեղեկությունները. NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER (NLACRC)

ԺԱՄԱՆԱԿԱՀԱՏՎԱԾ

Սույն լիազորագրին ուժի մեջ է մտնում անմիջապես և գործում է մինչև _____ (մուտքագրել ամսաթիվը) կամ ստորագրության օրվանից մեկ տարի ժամկետով, եթե վերջնաժամկետ նշված չէ:

ՉԵՂԱՐԿՈՒՄ

Այս թույլտվությունը կարող է չեղարկվել ստորագրողների կողմից ցանկացած պահի: Չեղարկումը պետք է լինի գրավոր, ստորև ստորագրողների կողմից ստորագրված, և պետք է ներկայացվի NLACRC-ին վերոնշյալ հասցեով: Գրավոր չեղարկումը ուժի մեջ կմտնի ստանալու պահից, սակայն չի գործի այնքանով, որքանով դիմողը կամ մյուսները գործել են՝ հիմնվելով այս թույլտվության վրա:

ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀՏԱԳԱՎ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄ

NLACRC-ը կարող է հետագայում չտրամադրել սույն լիազորագրի ներքո ձեռք բերված տեղեկությունները, բացառությամբ դեպքերի, երբ ստացել է լրացուցիչ լիազորագիր կամ տրամադրումը հաստուկ պահանջվում կամ թույլատրվում է օրենքով:

ՆՇԵԼ ԳՐԱՌՈՒՄՆԵՐԸ

Նշեք տարբերակը և սկզբնական շրջանում տրամադրման ենթակա տեղեկատվության տեսակը.

- Բժշկական տեղեկատվություն.** Ծննդյան գրառումներ, գրասենյակային այցելություններ, ֆիզիկական զննումներ, զարգացման գնահատականներ, հիվանդանոց ընդունելության և դուրսգրման ամփոփագրեր:
- Կրթական գրառումներ**
- Հոգեբուժական/հոգեբանական տեղեկատվություն.** հոգեկան առողջության գնահատման և բուժման գրառումները, հոգեբանական/հոգեբուժական ախտորոշման գնահատումները, ներառյալ թեստավորման գնահատումները:

Ստորագրություն _____

ՄԻՎՎ, ԶԻԱՀ
Ստորագրություն _____

Այլ (նշել)

Խնդրում եմ, որ սույն լիազորագրի համաձայն հրատարակված առողջապահական տեղեկությունը օգտագործվի միայն հետևյալ նպատակներով: Այս գրառումները կօգտագործվեն NLACRC-ի կողմից տվյալ անձի համար համապատասխանության և համապատասխան ծառայությունների վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու նպատակով:

Ես հասկանում եմ, որ այս լիազորագրի տրամադրումը կանախորհրդ է: Բուժումը, վնասումը, մասնակցությունը կամ նպաստ ստանալու իրավունքը չի կարող պայմանավորված լինել սույն լիազորագրի ստորագրումով: Ես իրավունք ունեմ ստանալու սույն լիազորագրի պատճենը իմ գրառումների համար: Սույն լիազորագրի պատճենն ուժի մեջ է, ինչպես բնօրինակը:

Ստացողի կամ ստացողի օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը _____ Ամսաթիվ _____

Տպագիր անունը _____ Ազգակցությունը, եթե ստորագրված է ոչ ստացողի կողմից _____



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

ԲԺՇԿԱԿԱՆ, ԿՐԹԱԿԱՆ ԵՎ/ԿԱՄ ԱՅԼ ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ/ԿԱՄ ԲԱՅԱՀԱՅՏՄԱՆ ԼԻԱԶՈՐԱԳԻՐ

Ուսմ. Ուշադրութիւն

Սույնով լիազորում եմ նշված բժշկին, հիվանդանոցին, պոլիկլինիկային, հոգեկան առողջության պահպանման, ուսումնական հաստատությանը և/կամ դրանց կողմից նշանակված աշխատողներին տրամադրել պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները և/ կամ կրթական գրառումները, ինչպես նշված է ստորև.

Խնդրում եմ տրամադրել բժշկական գրառումները և/կամ այլ տեղեկություններ հետևյալի վերաբերյալ.

Անուն. Ծննդյան ամսաթիվ.

Տրամադրել բժշկական տեղեկությունները. NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER (NLACRC)

ԺԱՄԱՆԱԿԱՀԱՏՎԱԾ

Սույն լիազորագրին ուժի մեջ է մտնում անմիջապես և գործում է մինչև _____ (մուտքագրել ամսաթիվը) կամ ստորագրության օրվանից մեկ տարի ժամկետով, եթե վերջնաժամկետ նշված չէ:

ՉԵՂԱՐԿՈՒՄ

Այս թույլտվությունը կարող է չեղարկվել ստորագրողների կողմից ցանկացած պահի: Չեղարկումը պետք է լինի գրավոր, ստորև ստորագրողների կողմից ստորագրված, և պետք է ներկայացվի NLACRC-ին վերոնշյալ հասցեով: Գրավոր չեղարկումը ուժի մեջ կմտնի ստանալու պահից, սակայն չի գործի այնքանով, որքանով դիմողը կամ մյուսները գործել են՝ հիմնվելով այս թույլտվության վրա:

ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀՏԱԿԱ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄ

NLACRC-ը կարող է հետագայում չտրամադրել սույն լիազորագրի ներքո ձեռք բերված տեղեկությունները, բացառությամբ դեպքերի, երբ ստացել է լրացուցիչ լիազորագիր կամ տրամադրումը հաստուկ պահանջվում կամ թույլատրվում է օրենքով:

ՆՇԵԼ ԳՐԱՌՈՒՄՆԵՐԸ

Նշեք տարբերակը և սկզբնական շրջանում տրամադրման ենթակա տեղեկատվության տեսակը.

- Բժշկական տեղեկատվություն.** Ծննդյան գրառումներ, գրասենյակային այցելություններ, ֆիզիկական զննումներ, զարգացման գնահատականներ, հիվանդանոց ընդունելության և դուրսգրման ամփոփագրեր:
- Կրթական գրառումներ**
- Հոգեբուժական/հոգեբանական տեղեկատվություն.** հոգեկան առողջության գնահատման և բուժման գրառումները, հոգեբանական/հոգեբուժական ախտորոշման գնահատումները, ներառյալ թեստավորման գնահատումները:

Ստորագրություն _____

ՄԻԱՎ, ԶԻԱՀ
Ստորագրություն _____

Այլ (նշել)

Խնդրում եմ, որ սույն լիազորագրի համաձայն հրապարակված առողջապահական տեղեկությունը օգտագործվի միայն հետևյալ նպատակներով. Այս գրառումները կօգտագործվեն NLACRC-ի կողմից տվյալ անձի համար համապատասխանության և համապատասխան ծառայությունների վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու նպատակով:

Ես հասկանում եմ, որ այս լիազորագրի տրամադրումը կամավոր է: Բուժումը, վնասումը, մասնակցությունը կամ նպաստ ստանալու իրավունքը չի կարող պայմանավորված լինել սույն լիազորագրի ստորագրումով: Ես իրավունք ունեմ ստանալու սույն լիազորագրի պատճենը իմ գրառումների համար: Սույն լիազորագրի պատճենն ուժի մեջ է, ինչպես բնօրինակը:

Ստացողի կամ ստացողի օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը _____ Ամսաթիվ _____

Տպագրի անունը _____ Ազգակցությունը, եթե ստորագրված է ոչ ստացողի կողմից _____



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄԸ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒՄ Է, ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ Է ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԵԼ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏՎԵԼ ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՀԱՍՄՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՆԱԼ ԱՅՎ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՆ: ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՈՒՇԱԳԻՐ ԾԱՆՈԹԱՆԱԼ ԱՅՍ ՆՅՈՒԹԻ ՀԵՏ:

Հյուսիսային Լոս Անջելեսի տարածաշրջանային կենտրոնը (NLACRC) օրենքով լիազորված է պահպանել ձեր Պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվության (PHI) գաղտնիությունը: PHI-ն այն տեղեկատվությունն է, որը նույնականացնում է ձեզ ցանկացած ձևով (էլեկտրոնային, գրավոր, բանավոր և որտեղ այլն). հավաքագրված, ստեղծված, տրամադրված կամ ստացված NLACRC-ի կողմից ձեր նախկին, ներկա կամ ապագա ֆիզիկական/ հոգեկան առողջության կամ վիճակի վերաբերյալ: Մեզնից օրենքով պահանջվում է տրամադրել ձեզ NLACRC-ի ապառոհին, այս «Գաղտնիության կիրառումների մասին ծանուցումը»՝ բացատրելով ձեր PHI-ի վերաբերյալ մեր իրավական պարտականությունները և գաղտնիության պահպանման պրակտիկան: Մենք նաև պարտավոր ենք հետևել սույն Ծանուցման ներկայիս տարբերակի պայմաններին: Այս ծանուցման մեջ «NLACRC», «մենք», «մեզ» և «մեր» տերմինները վերաբերում են Հյուսիսային Լոս Անջելեսի տարածաշրջանային կենտրոնին:

ՄԵՆՔ ԿԱՐՈՂ ԵՆՔ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼ ԵՎ ՀԱՅՏՆԵԼ ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱՊԱՆՎԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ՝ ԱՌՄՆՑ ՁԵՐ ԳՐԱՎՈՐ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅԱՆ, ՀԵՏԵՎՅԱԼ ԻՐԱՎՄԱՐԿՆԵՐՈՒՄ:

Բուժում. Մենք կարող ենք օգտագործել և տրամադրել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները առողջապահական և հարակից ծառայությունների տրամադրման, համակարգման և/կամ կառավարման համար: Օրինակ, մենք կարող ենք հայտնել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները դատական գործերի կառավարիչներին, բժիշկներին, բուժաշխատողներին, մատակարարներին, գործընկերներին, խնամակալներին, ընտանիքին և այլ անձանց, ովքեր ներգրավված են ձեր խնամքին, ինչպես NLACRC-ի ներսում, այնպես էլ՝ դրանից դուրս:

Առողջապահական խնամքի գործողություններ. Մենք կարող ենք օգտագործել և հայտնել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները մեր գործառնական իրավասությունները կատարելու համար: Օրինակ (բայց չսահմանափակվելով)՝ դատական գործերի կառավարման, որակի գնահատման և բարելավման, ռիսկերի նվազեցման, պետական և դաշնային մարմինների վերահսկողության, աուդիտի, վերապատրաստման և պաշտպանության հետ կապված միջոցառումները: Սա կարող է ներառել անհրաժեշտության դեպքում ձեր տեղեկություններով Կալիֆորնիայի Չարգացման Ծառայությունների (DDS) և Կալիֆորնիայի այլ տարածաշրջանային կենտրոնների հետ կիսվելը:

Վճար. Մենք կարող ենք օգտագործել ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկությունները, օրինակ, որոշելու համար վճարելու մեր պատասխանատվությունը, կամ թույլ տալ մեզ վճարել և հավաքել վճարումը ձեր ստացած բուժման և առողջության հետ կապված ծառայությունների դիմաց:

Պայմանավորվածությունների հիշեցումներ և ծանուցում. Մենք կարող ենք ձեզ հետ կապ հաստատել պայմանավորվածությունների մասին կամ ձեզ տրամադրել այնպիսի տեղեկություններ, որոնք կարող են ձեզ հետաքրքրել:

Հանրային առողջության միջոցառումներ. Մենք կարող ենք տրամադրել ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկությունները Հանրային առողջության միջոցառումների համար, օրինակ, երբ այն կապված է հիվանդության, վնասվածքի կամ հաշմանդամության կանխարգելման հետ; որոշակի բժշկական պրոդուկտների դիտարկման և մոնիթորինգի համար:

Դատական վարույթներ. Մենք կարող ենք օգտագործել կամ տրամադրել ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկությունները դատական վարույթի համար, օրինակ՝ որպես վարչական լուսման մաս՝ ի պատասխան դատարանի որոշման կամ դատաքննության:

Օրինապահ մարմիններ. Մենք կարող ենք կիսվել ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկություններով իրավապահ մարմինների հետ, օրինակ՝ խուզարկության հրամանին արձագանքելու կամ հանցագործության մասին հայտնելու համար:

Հետազոտություն. Մենք կարող ենք օգտագործել կամ կիսել ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկությունները NLACRC-ի և Ինստիտուցիոնալ վերանայման խորհրդի կողմից հաստատված հետազոտության համար, որը օրենքով պատասխանատու է հետազոտությունների վերանայման և հաստատման համար՝ պաշտպանելով մասնակիցների անվտանգությունը և պաշտպանված բժշկական տեղեկությունների գաղտնիությունը: Ցանկացած նման հետազոտության մասնակցության համար կարող է նաև պահանջվել ձեր հատուկ թույլտվությունը:

Առողջության և անվտանգության լուրջ սպառնալիք կամ օգնություն աղետներից տուժածներին. Մենք կարող ենք օգտագործել կամ կիսվել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկություններով՝ կանխելու ձեր կամ մեկ այլ անձի առողջությանը և անվտանգությանը սպառնացող լուրջ/անմիջական վտանգը:

Ազգային անվտանգություն. Մենք կարող ենք տրամադրել պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները լիազորված դաշնային պաշտոնյաներին՝ հետախուզության և օրենքով սահմանված ազգային անվտանգության այլ գործողությունների համար:

Խնդրում ենք պահպանել ձեզ համար:

Պաթուղզներ, դատաբժշկական փորձաքննություններ, թաղման կառավարիչներ և օրգանների նվիրատվություն. Մենք կարող ենք կիսվել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկություններով այս գործակալությունների հետ, ինչպես կիրառելի է օրենքով, որպեսզի թույլ տանք այդ անձանց կատարել իրենց պաշտոնական պարտականությունները. օրինակ՝ մահացած անձի ինքնությունը պարզելու համար:

Ուղղիչ ինստիտուտներ. Եթե դուք գտնվում եք իրավապահ մարմինների կալանքի տակ, մենք կարող ենք կիսվել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկություններով ուղղիչ հաստատությունների կամ իրավապահ մարմինների հետ՝ ըստ անհրաժեշտության, ձեր առողջության պահպանման համար:

Օրենքով սահմանված կարգով. Մենք կկիսվենք ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկություններով, երբ այլ բան պահանջվի օրենքով:

ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՎԱԿՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՅԼ ԿԻՐԱՌՈՒՄՆԵՐ

Պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվության այլ օգտագործումը և բացահայտումը, որը նախատեսված չեն սույն ծանուցմամբ կամ մեր հանդեպ կիրառվող օրենքներով, կկատարվեն միայն ձեր գրավոր թույլտվությամբ: Ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկություններն օգտագործելու կամ բացահայտելու թույլտվությունը, որը դուք տրամադրում եք մեզ, կարող է ցանկացած ժամանակ գրավոր չեղյալ համարվել: Եթե դուք չեղարկեք ձեր թույլտվությունը, դա կդադարեցնի ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների ցանկացած հետագա օգտագործումը կամ բացահայտումը ձեր գրավոր թույլտվությամբ նախատեսված նպատակների համար: Դուք հասկանում եք, որ մենք չենք կարող չեղարկել ձեր թույլտվությամբ արդեն իսկ արված որևէ բացահայտում, և որ մեզանից պահանջվում է պահպանել ձեզ տրամադրված խնամքի մասին մեր գրառումները: Կան ավելի խիստ պահանջներ պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների որոշ տեսակների օգտագործման և բացահայտման համար, օրինակ, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, հոգեկան առողջության, թմրանյութերի և ալկոհոլի օգտագործման բուժման վերաբերյալ գրառումները: Այս տիպի տեղեկությունը կարող է տրամադրվել միայն այդ ավելի խիստ օրենքներին համապատասխան:



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ (PHI) ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ ՆԵՐԱՌՈՒՄ ԵՆ.

Ձեր գրառումները ստուգելու և պատճենելու իրավունք Դուք իրավունք ունեք գրավոր դիմել սահմանված գրառումների հավաքածուներում ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները ստուգելու և պատճենելու համար: Եթե մերժեք դիմումը, մենք դա կանենք գրավոր կերպով՝ տրամադրելով մեր պատճառները: Դուք իրավունք ունեք դիմել այդ որոշման վերանայման համար:

Ձեր գրառումներում փոփոխություններ պահանջելու իրավունք Եթե դուք կարծում եք, որ ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները սխալ են կամ ոչ լիարժեք, դուք իրավունք ունեք գրավոր կերպով դիմել, որ մենք այն փոխենք՝ նշելով, թե ինչու է անհրաժեշտ կատարել ուղղումը կամ լրացումը: Եթե մենք մերժեք ձեր խնդրանքը, մենք դա կանենք գրավոր կերպով՝ ներկայացնելով մեր պատճառները, և դուք կարող եք ներկայացնել անհամաձայնության գրավոր հայտարարություն:

Սահմանափակումներ պահանջելու իրավունք Դուք իրավունք ունեք գրավոր դիմել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների օգտագործման կամ բացահայտման վերաբերյալ սահմանափակումների կիրառման համար: Դուք կարող եք խնդրել, որ ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները չկիսվեն ուրիշների հետ, օրինակ՝ ընտանիքի անդամի կամ ընկերոջ: Սակայն օրենքով մենք ստիպված չենք լինի համաձայնել ձեր խնդրանքին:

Գաղտնի հաղորդակցման իրավունք հայցելու իրավունք Դուք իրավունք ունեք գրավոր խնդրել, որ մենք հաղորդակցվենք ձեզ հետ որոշակի ձևով կամ որոշակի վայրում: Օրինակ՝ կարող եք խնդրել, որ մենք կապ հաստատենք ձեզ հետ միայն աշխատավայրում կամ փոստով: Եթե մենք կարողանանք ողջամտության կամ օրենքի սահմաններում համաձայնել ձեր խնդրանքին՝ մենք կհամաձայնենք:

Տեղեկությունների տրամադրման հաշվառման իրավունք Դուք իրավունք ունեք գրավոր պահանջել, որ մենք հաշվառենք ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների բացահայտումները մինչև 6 տարի ժամանակահատվածում՝ մինչև ձեր հարցումը, բայց ոչ մինչև 2003 թվականի ապրիլի 14-ը կատարված բացահայտումների համար: Հաշվառումը չի ներառում բացահայտումը բուժման, առողջապահական գործառնությունների, վճարումների, ընդհանուր ծանուցումների նպատակներով, իրավապահ մարմիններին և ազգային անվտանգությանն ու ուղղիչ հիմնարկներին, ինչպես նաև օրենքով նախատեսված այլ դեպքերում: Բացի այդ, հաշվառումը չի ներառում բացահայտումներ, որոնց համար NACRC-ն ստորագրված թույլտվություն ունեք, բացահայտումներ ձեզ, ձեր խնամող կամ ձեր անունից գործող անձանց:

Սույն Ծանուցման թղթային պատճենի իրավունք Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի ստանալ սույն Ծանուցման թղթային պատճենը՝ ըստ պահանջի: Պատճենները կարելի է ներբեռնել www.nlacrc.org հղմամբ, այն նաև կարող է տրամադրվել մեր գրասենյակներից յուրաքանչյուրի ընդունարանում կամ ձեր գործերի կառավարչի միջոցով:

ՍՈՒՅՆ ԾԱՆՈՒՅՄԱՆ ՄԵՉ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ Մենք իրավունք ենք վերապահում ցանկացած ժամանակ փոխել այս Ծանուցումը և մեր գաղտնիության գործելակերպը, եթե փոփոխությունը համապատասխանում է պետական և դաշնային օրենքներին: Ցանկացած վերանայված ծանուցում կկիրառվի և՛ պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների նկատմամբ, որոնք մենք արդեն ունենք ձեր մասին փոփոխության պահին, և՛ ցանկացած պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների նկատմամբ, որոնք կստեղծվեն կամ կստացվեն փոփոխությունն ուժի մեջ մտնելուց հետո: Ներկայիս Ծանուցման պատճենը կտեղադրվի NACRC-ի բոլոր գրասենյակներում՝ հստակ և աչքի ընկնող վայրում: Եթե մենք փոխենք մեր Ծանուցումը, դուք կկարողանաք ձեռք բերել վերանայված Ծանուցման պատճենը NACRC կայքից, ընդունարանից կամ ձեր գործերի կառավարչից:

ՀԱՐՑԵՐ/ԲՈՂՈՔՆԵՐ Եթե դուք ունեք հարցեր այս Ծանուցման կամ մեր գաղտնիության քաղաքանության կիրառման վերաբերյալ, կամ եթե դուք գրում եք ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների մասին, ներառյալ դրա օգտագործման կամ բացահայտման սահմանափակումների մասին խնդրանքները կամ մեր գաղտնիության կիրառման վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու համար, խնդրում ենք գրել հետևյալ հասցեով՝ NACRC, Attn: HIPAA Privacy Officer, 9200 Oakdale Ave. Suite 100, Chatsworth, CA 91311 կամ զանգել 818-778-1900: Եթե կարծում եք, որ ձեր գաղտնիության իրավունքները խախտվել են, կարող եք նաև տեղեկացնել Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչության քարտուղարին (HHS): Բողոք ներկայացնելու դեպքում դուք եք տուգանվի:

Օրենքն ուժի մեջ է մտնում 2003 թվականի ապրիլի 14-ից կամ դրանից հետո: Ծանուցման ընթացիկ տարբերակը ուժի մեջ է մտնում 2022 թվականի հունվարի 27-ից



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Ձեր երեխայի գաղտնիության իրավունքի պաշտպանությունը. Ի՞նչ է անհրաժեշտ իմանալ նախնական և տարեկան ծանուցման մասին

Նախքան ձեր երեխային Վաղ մեկնարկի ծրագրի ծառայությունների համար գնահատելը, և դրանից հետո առնվազն տարին մեկ անգամ, մեզանից պահանջվում է գրավոր տեղեկացնել ձեզ, թե ինչ տեղեկություններ ենք հավաքում ձեր ընտանիքի և ձեր երեխայի մասին և ինչ ենք անում այդ տեղեկատվությունը գաղտնի պահելու համար: Հետևյալ տեղեկությունները շատ կարևոր են ձեր ընտանիքի համար:

Ի՞նչ տեղեկություններ ենք մենք պահում ֆայլում, որը կարող է օգտագործվել ձեր երեխային նույնականացնելու նպատակով:
Մենք ֆայլի մեջ պահում ենք «անձը նույնականացնելու» տեղեկություններ, ինչպիսիք են երեխայի լրիվ անունը, ծնողների անունները, երեխայի հասցեն, Սոցիալական ապահովագրության համարը կամ այլ անձնական բնութագրիչները, և երեխայի ախտորոշման, սեռի, էթնիկ պատկանելիության և այլնի վերաբերյալ տեղեկությունները:

Որտեղի՞ց ենք մենք ստանում ձեր երեխայի մասին տեղեկությունները:
Տեղեկությունները ստացվում են այն անձանցից կամ գործակալություններից, որոնք ձեր երեխային ուղղորդել են Վաղ մեկնարկի ծառայությունների համար, և ձեզնից՝ ծնողից: Ձեր գրավոր համաձայնությամբ տեղեկությունները ստացվում են նաև ձեր երեխային ճանաչող այլ անձանցից/գործակալություններից: Այդ անձանց շրջանակը կարող է ներառել բժիշկների, ուսուցիչների, սոցիալական աշխատողների և հիվանդանոցների, տարածքային կենտրոնների, դպրոցների և այլնի մասնագետների:

Ինչպե՞ս ենք օգտագործում ձեր երեխայի մասին մեր ունեցած տեղեկությունները:
Մենք օգտագործում ենք տեղեկությունները որոշելու համար, թե արդյոք ձեր երեխան համապատասխանում է Վաղ մեկնարկի ծառայությունները ստանալու համար: Եթե ձեր երեխան *համապատասխանում է*, մենք օգտագործում ենք տեղեկությունը ծառայություններ պլանավորելու նպատակով: Եթե ձեր երեխան *չի համապատասխանում* հիմա, ապա տեղեկությունները կպահպանվեն այն ծառայությունների համար, որոնց համար հնարավոր է նա ապագայում ուղղարդվի՝ նախքան ձեր երեխայի երեք տարեկանը լրանալը:

Ի՞նչ տեղեկություն ենք օգտագործում ձեր երեխային գնահատելու և Ընտանեկան ծառայությունների անհատական պլանը (IFSP) մշակելու նպատակով:
Մի խումբ մասնագետներ մի քանի բնագավառներից և դուք՝ ծնողը, օգտագործում եք բազմաթիվ ռեսուրսներից ստացված տեղեկությունները ձեր երեխային գնահատելու և Ընտանեկան ծառայությունների անհատական պլանը մշակելու համար: Կարող են օգտագործվել բժշկական գրառումները և առողջական վիճակի մասին հաշվետվությունները, ձեր երեխայի զարգացման դիտարկումներից ստացված տեղեկատվությունները, ծնողների զեկույցը և հարցազրույցները, ստանդարտացված թեստերը կամ գործիքները:

Որտե՞ղ ենք մենք պահում ձեր երեխայի մասին տեղեկությունները:
Ձեր երեխայի մասին տեղեկությունները պահվում են ձեր երեխայի ծառայության կոորդինատորի կամ կենտրոնացված ֆայլային սենյակի աշխատանքային վայրում:
Բոլոր անձի նույնականացման տեղեկությունները պահպանվում են պահարաններում, ֆայլային սենյակներում կամ համակարգչային ֆայլերում, որոնք վերահսկվում են գաղտնի տեղեկատվության պահպանման ոլորտում վերապատրաստված անձնակազմի կողմից:

Որքա՞ն ժամանակ ենք մենք պահում ձեր երեխայի մասին տեղեկությունները և ե՞րբ կարող ենք ոչնչացնել դրանք:
Հանրային մարմինները պետք է տեղեկացնեն ծնողին, երբ երեխային կրթական ծառայություններ մատուցելու համար այլևս անհրաժեշտ չեն անձը հաստատող տեղեկությունները: Հաշմանդամություն ունեցող երեխայի մասին անհատական նույնականացման տեղեկությունները կարող են մշտապես պահպանվել, եթե ծնողը չի խնդրում, որ դրանք ոչնչացվեն: Եթե ծնողները խնդրում են, որ տեղեկությունները ոչնչացվեն, կրթական գործակալությունը կարող է պահպանել այնպիսի տեղեկություններ, ինչպիսիք են ձեր երեխայի անունը, հասցեն, հեռախոսահամարը և ծրագրին մասնակցության տարիները: Ծնողները պետք է տեղյակ լինեն, որ գրառումները կարող են անհրաժեշտ լինել երեխային կամ ծնողներին Սոցիալական ապահովագրության նպաստների կամ այլ նպատակների համար:

Ե՞րբ ենք մենք տեղեկություններ տրամադրում այլ անձանց:
Տեղեկությունները չեն տրամադրվում երրորդ կողմին առանց ձեր գրավոր համաձայնության: Մենք պետք է գրավոր գրառում պահենք՝ նշելով, թե ում են փոխանցվել ձեր երեխայի մասին տեղեկությունները (բացի ձեզնից կամ կրթական գործակալությունից կամ Տարածաշրջանային կենտրոնի աշխատակիցներից):

Խնդրում ենք պահպանել ձեզ համար:

Ի՞նչ իրավունքներ ունեն ծնողները իրենց երեխայի մասին տեղեկությունները տեսնելու համար:

Ձեր երեխայի կամ ձեր ընտանիքի մասին գրառումները պետք է տրամադրվեն ձեզ վերանայման համար ոչ ուշ, քան ձեր հարցումը ներկայացնելուց հետո 5 աշխատանքային օր հետո (եթե չկա դատարանի որոշում կամ այլ փաստաթուղթ, որը գրկում է ձեզ իրավունքներից): Գրառումների վերաբերյալ բացատրությունները և մեկնաբանությունները պետք է տրամադրվեն ձեզ՝ ըստ պահանջի:

Որտե՞ղ կարող եմ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ իմ իրավունքների մասին:

Դուք միշտ կարող եք դիմել ձեր ծառայությունների կոորդինատորին՝ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար: Լրացուցիչ տեղեկությունները տրամադրվել են ձեզ «Ծնողի իրավունքները Վաղ մեկնարկի ծրագրի շրջանակներում» ձևաթղթի միջոցով: Հիմնական աղբյուրները ներառում են. Հոդված 34՝ Դաշնային կանոնակարգերի օրենսգիրք Ընտանեկան կրթության իրավունքների և գաղտնիության մասին, 1974 թվական, Միացյալ Նահանգների օրենսգրքի 20-րդ հոդված և Կալիֆորնիայի Վաղ մեկնարկի ծրագրի կանոնակարգեր:

Եթե ձեր երեխայի գրառումների հետ կապված հարցեր ունեք, խնդրում ենք հարցնել ձեր ծառայությունների համակարգողին:

NLACRC - Early Start (թարմացված է - 11/9/10)



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Ծնողների իրավունքներն ու պարտականությունները Վաղ մեկնարկի ծրագրի շրջանակներում Սկզբնական և տարեկան ծանուցում

Գնահատում և նախնական վերլուծություն

«Վաղ մեկնարկ» ծրագրին համապատասխանությունը որոշվում է համապատասխան գրառումների, ծնողների դիտարկումներից և զեկույցներից ստացված տեղեկության դիտարկման և որակավորված անձնակազմի կողմից իրականացվող գնահատման հիման վրա: Եթե ձեր երեխան իրավասու է համարվում, ապա դուք իրավունք ունեք ստանալու համապատասխան վաղ միջամտության ծառայությունները: Դուք իրավունք ունեք տեղեկություններ տրամադրել ողջ գործընթացի ընթացքում և խրախուսվում եք որոշումներ կայացնել ձեր երեխայի վաղ միջամտության ծառայությունների վերաբերյալ: Ընթացակարգային միջոցառումներն ապահովում են, որ երեխաներին և նրանց ծնողներին կամ խնամակալներին տրամադրվեն օրենքով նախատեսված իրավունքները:

Որպես ծնող կամ խնամակալ դուք իրավունք ունեք.

1. Ստանալ հնարավորություն սկսել գնահատման ու նախնական վերլուծության գործընթացը:
2. Ձեր երեխայի տարածաշրջանային կենտրոն կամ տեղական կրթական գործակալություն դիմելուց հետո 45 օրվա ընթացքում պետք է կատարվեն գնահատման և վերլուծության միջոցառումները, ինչպես նաև պետք է տեղի ունենա անհատականացված ընտանեկան ծառայությունների պլանի (IFSP) հանդիպում IFSP-ի մշակման համար:
3. Տեսնել գնահատման ու վերլուծության ժամանակ կիրառվող ընթացակարգերն ու թեստերը:
4. Տրամադրել գրավոր թույլտվություն նախքան որևէ գնահատում կամ վերլուծություն իրականացնելը և հրաժարվել ցանկացած գնահատականից, վերլուծությունից և վաղ միջամտության ծառայություններից:

5. Ամբողջությամբ իրազեկ լինել գնահատականների ու վերլուծությունների արդյունքների մասին:
6. Հասանելիություն ունենալ գրառումներին, այդ թվում՝ ձեր երեխայի հետ կապված գրառումների պատճենները տեսնելու և ստանալու իրավունքը, և ձեր երեխայի հետ կապված ցանկացած մասնակից գործակալության գրառումների փոփոխություն պահանջելու իրավունքը:
7. Ունենալ ձեզ աջակցող իրավաբան՝ վաղ միջամտության համակարգի հարցերում ձեզ օգնելու համար, այդ թվում՝ Տարածաշրջանային կենտրոնի և տեղական կրթական գործակալությունների հետ առնչվելու հարցում:
8. Ստանալ անկախ գնահատականներ ու վերլուծություններ:
9. Որպեսզի անձի նույնականացման տվյալները պահպանվեն գաղտնիության ապահովման պայմաններում:
10. Գահանջել ընթացակարգային լումներ՝ ցանկացած գնահատման կամ վերլուծության արդյունքները վիճարկելու նպատակով:
11. Ներկա գտնվել IFSP մշակման հանդիպմանը՝ ուղղորդումից հետո 45 օրվա ընթացքում:

Գնահատումը նշանակում է համապատասխան, որակավորված անձնակազմի կողմից կիրառվող ընթացակարգերը, որոնք որոշում են ձեր երեխայի նախնական և շարունակական համապատասխանությունը վաղ շրջանի միջամտության ծառայությունների համար Վաղ մեկնարկի Ծրագրի շրջանակներում: Այս ընթացակարգերը պահանջում են, որ.

1. Գնահատման և վերլուծության նյութերը տրամադրվում են երեխայի ծնողների/ընտանիքի մայրենի լեզվով կամ հաղորդակցման այլ եղանակով, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դա բացարձակապես անհնար է:

2. Գնահատման և վերլուծության ընթացակարգերը և նյութերը ընտրվում և կիրառվում են այնպես, որպեսզի թույլ չտան որևէ խտրականություն՝ ռասայական, սեռային, մշակութային կամ հաշմանդամության կարգավիճակի:
3. Գնահատման և վերլուծության նյութերը պետք է համապատասխանեն այն հատուկ նպատակներին, որոնց համար օգտագործվում են:
4. Գնահատումները և վերլուծությունները իրականացվում են որակավորված անձնակազմի կողմից:
5. Գնահատումները կամ թեստերը, որոնք իրականացվում են տեսողության, լսողության կամ հաղորդակցման հայտնի խանգարումներ ունեցող անձանց համար, պետք է ընտրվեն այնպես, որ ճշգրիտ արտացոլեն անհատի կարողությունը կամ նվաճումների մակարդակը՝ կախված նրանից, թե որ գործոնն է գնահատվում:
6. Գնահատման և վերլուծության նյութերը պետք է պատրաստվեն զարգացման և/կամ կրթական կարիքների որոշակի ուղղությունները գնահատելու համար և չպետք է նախատեսված լինեն միայն IQ-ն չափելու համար:

Գնահատումները և վերլուծությունները կատարվում են զարգացման հինգ ոլորտներում, ներառյալ, բայց անհրաժեշտության՝ առողջություն և զարգացում, տեսողություն, լսողություն, շարժական հմտություններ, լեզվական գործառնություններ, ինչպես նաև սոցիալական և զգացմունքային կարգավիճակ:

**Անհատականացված
ընտանեկատ ծառայության
պլան (IFSP)**

Եթե ձեր երեխան ունի վաղ միջամտության ծառայություններ ստանալու իրավունք, ապա ձեր IFSP-ը մշակելու հանդիպումը պետք է տեղի ունենա Տարածաշրջանային կենտրոն կամ տեղական կրթական գործակալություն ուղղորդելուց հետո 45 օրվա ընթացքում: IFSP-ի մշակման և իրականացման գործում դուք ունեք հետևյալ իրավունքները:

Իրավունքներ.

1. Ներկա լինել հանդիպմանը և մասնակցել համապատասխանության որոշմանը ու IFSP-ը մշակմանը:
2. Պահանջել ընտանիքի մյուս անդամների մասնակցությունը:
3. Պահանջել փաստաբանի ներկայությունը և մասնակցությունը IFSP հանդիպմանը:
4. Ստանալ IFSP բովանդակության ամբողջական բացատրությունը ձեր մայրենի լեզվով:
5. Հատուկ համաձայնություն տրամադրել IFSP-ում նշված յուրաքանչյուր ծառայության համար: Եթե դուք համաձայնություն չտաք ծառայությանը, այն չի տրամադրվի: Դուք կարող եք հետ կանչել համաձայնությունը՝ սկզբնական ծառայությունը ստանալուց հետո:
6. Համաձայնություն տրամադրել՝ ձեր ռեսուրսների, առաջնահերթությունների և ձեր երեխայի զարգացման հետ կապված մտահոգությունների գնահատման համար:
7. Տեղեկանալ ձեր մայրենի լեզվով և նախապես, նախքան գործակալությունը կամ ծառայություն մատուցողը կառաջարկի կամ կիրառվի նախաձեռնել կամ փոխել ձեր երեխայի նույնականացման տվյալները, գնահատումը, վերլուծությունը կամ կրթական տեղաբաշխման, կամ համապատասխան վաղ միջամտության ծառայություններ մատուցելը ձեր երեխային կամ ձեր ընտանիքին:

Համաձայնություն տալ ձեր երեխայի մասին տեղեկությունների փոխանցմանը տեղական կրթական գործակալությանը՝ IDEA-ի B մասի համաձայն ծառայությունների անցման ժամանակ:

Վարչական վարույթներ

Ծնողները կարող են գրավոր բողոքներ ներկայացնել վերը նկարագրված գնահատման, վերլուծության, տեղաբաշխման կամ ծառայությունների մատուցման հետ կապված: Բողոքի վարչական լուծմանը մասնակցող ցանկացած ծնող իրավունք ունի.

1. Ուղղորդվել և խորհրդակցել փաստաբանի և երեք տարեկանից ցածր երեխաների վաղ միջամտության ծառայությունների վերաբերյալ հատուկ պատրաստվածություն ունեցող անձանց հետ:
2. Ներկայացնել փաստեր ու կազմակերպել առճակատումներ, խաչաձև հարցաքննություններ և պահանջել վկաների ներկայություն:
3. Արգելել լսման ընթացքում որևէ ապացույցի ներկայացումը, որը ձեզ չի տրամադրվել լսման սկսվելուց առնվազն հինգ օր առաջ:
4. Ստանալ վարույթի գրավոր կամ էլեկտրոնային բառացի սղագրությունը:
5. Ստանալ փաստերի և որոշումների վերաբերյալ գրավոր եզրակացությունը՝ բողոքը ներկայացնելու օրվանից 30-օրյա ժամկետում:
6. Բոլոր նույնականացման տվյալների պահպանում՝ գաղտնիության պահպանման համապատասխան:
7. Պահանջել, որ լսումները իրականացվեն այն ժամանակ և այն վայրում, որը հարմար է ձեզ:
8. Դատավարության ավարտից հետո քաղաքացիական հայց ներկայացնել հայցի մյուս կողմի դեմ:

**Վաղ մեկնարկի ծրագրի
վերաբերյալ բողոքներ**

Եթե Տարածաշրջանային կենտրոնը, տեղական կրթական գործակալությունը կամ մասնավոր ծառայություններ մատուցողը խախտում են դաշնային կամ նահանգային օրենքը կամ կանոնակարգը, որը կարգավորում է վաղ միջամտության ծառայությունների մատուցումը, դուք իրավունք ունեք բողոք ներկայացնել անմիջապես Չարգացման ծառայությունների բաժին հետևյալ հասցեով.

**Չարգացման ծառայությունների
բաժին**

Մարդու իրավունքների գրասենյակ
Ուշադրություն.
Վաղ մեկնարկի ծրագրի բողոքների
բաժին
1600 9th Street, Room 240, MS2-15
Sacramento, California 95814

Բողոքը պետք է լինի գրավոր և ներառի հետևյալը.

- Բողոքի անվանումը, հասցեն և հեռախոսահամարը
- Հայտարարություն այն մասին, որ Տարածաշրջանային կենտրոնը, տեղական կրթական գործակալությունը կամ ծառայություններ մատուցողը խախտել է դաշնային կամ նահանգային օրենքը, որը կարգավորում է վաղ միջամտության ծառայությունների մատուցումը
- Փաստերը, որոնց վրա հիմնված է մեղադրանքը
- Ենթադրյալ պատասխանատու կողմը
- Բողոքը լուծելու նպատակով տեղական մակարդակով ձեռնարկված կամավոր քայլերի նկարագրությունը, եթե առկա են

**North Los Angeles County
Regional Center**

9200 Oakdale Ave., Suite 100
Chatsworth, CA 91311
(818) 778-1900

43850 10th Street West
Lancaster, CA 93535
(661) 945-6761

25360 Magic Mountain
Parkway Suite 150
Santa Clarita, CA 91355
(661) 775-8450

**Եթե դուք գրանցված չեք քվեարկելու այնտեղ, որտեղ ապրում եք, կցանկանալի՞ք դիմել այսօր
այստեղ քվեարկությունը կազմակերպելու համար:**
(Նշեք տարրերակներից մեկը)

- Արդեն գրանցված եմ: Ես գրանցված եմ քվեարկելու իմ ներկայիս բնակության հասցեում:
- Այո՛: Ցանկանում եմ գրանցվել քվեարկելու համար: (Խնդրում ենք լրացնել կցված ընտրողների գրանցման ձևը):
- Ոչ: Չեմ ցանկանում գրանցվել քվեարկելու համար:

**ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. ԵԹԵ ԴՈՒՔ ՉՆՇԵՔ ՈՐԵՎԷ ՏԱՐԲԵՐԱԿ, ԱՊԱ ԿՀԱՄԱՐՎԻ, ՈՐ ՈՐՈՇԵԼ ԵՔ
ԱՅՅՄՉԳՐԱՆՑՎԵԼ ՔՎԵԱՐԿԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ: ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՎԵՐՑՆԵԼ ԿՑՎԱԾ
ՔՎԵԱՐԿՈՂՆԵՐԻ ԳՐԱՆՑՄԱՆ ՁԵՎԸ, ՈՐՊԵՍՉԻ ԳՐԱՆՑՎԵՔ ԸՍՏ ՁԵՐ ՀԱՐՄԱՐՈՒԹՅԱՆ:**

Դիմողի անուն

Ամսաթիվ

Կարևոր նշումներ

1. Գրանցվելու համար դիմելը կամ քվեարկության համար գրանցվելուց հրաժարվելը **չ** ազդի այս գործակալության կողմից ձեզ տրամադրվող օգնության չափի վրա:
2. Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր ընտրողների գրանցման ձևը լրացնելու հարցում, մենք կօգնենք ձեզ: Օգնություն խնդրելու կամ ընդունելու որոշումը ձերն է: Ընտրողների գրանցման ձևը կարող եք լրացնել գաղտնի ձևով:
3. Եթե դուք հավատում եք, որ ինչ-որ մեկը միջամտել է գրանցվելու ձեր իրավունքին կամ հրաժարվել է գրանցել քվեարկելու ձեր իրավունքը, ձեր գաղտնի իրավունքը՝ քվեարկությանը գրանցվելու կամ չգրանցվելու, կամ ձեր սեփական քաղաքական կուսակցության նախընտրությունը կամ այլ քաղաքական գերատեսչություն ընտրելու իրավունքը, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Պետքարտուղարին՝ անվճար զանգելով (800) 345-VOTE (8683) կամ կարող եք գրել. Նահանգի պետքարտուղար, 1500 - 11th Street, Sacramento, CA, 95814. Ընտրությունների և քվեարկության վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Պետքարտուղարի կայքը www.sos.ca.gov.

01/13 NVRA ընտրողների նախընտրական ձևաթուղթ