



مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

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



درخواست شروع زودهنگام (Early Start)

نوزادان و نوپایان زیر 3 سال

اطلاعات کودک:

نام خانوادگی	نام میانی	نام
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
جنسیت (جنسیت تعیین شده در بدو تولد)	محل تولد	سن (بر حسب ماه)
<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	<input type="text"/>	<input type="text"/>
سایر زبان‌هایی که صحبت می‌شود	زبان ترجیحی برای ارتباط با مرکز منطقه‌ای	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
قومیت		
<input type="text"/>		
اگر نام کودک تغییر کرده است، لطفاً نام قبلی را در زیر ذکر کنید.		
نام خانوادگی قبلی	نام میانی قبلی	نام قبلی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

آدرس کودک:

کودک با چه کسی زندگی می‌کند؟ هر دو والدین فقط مادر فقط پدر والدین سرپرست سایر

خیابان

<input type="text"/>		
شهر	ایالت	کد پستی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

چه کسی مسنول قانونی اصلی است که می‌توان برای درخواست کودک با او تماس گرفت؟

نام خانوادگی	نام خانوادگی	نسبت
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شماره تلفن اصلی	شماره تلفن جایگزین	آدرس ایمیل
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
لطفاً اطلاعات مربوط به فرد، سازمان یا دفتری که ارجاع را انجام داده است ارائه دهید.		
نام سازمان / فرد مسئول تماس	شماره تلفن اصلی	ایمیل
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

بله خیر

آیا کودک ارزیابی یا خدماتی از مرکز منطقه‌ای دیگری دریافت کرده است؟

اگر «بله»، لطفاً نام مرکز منطقه‌ای را ذکر کنید:

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

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



اطلاعات والد 1:

نسبت با کودک:

نام خانوادگی	نام میانی	نام
زبان	محل تولد	تاریخ تولد
خیابان		
کد پستی	ایالت	شهر
شماره تلفن		
عنوان شغل	نام کارفرما	
معلول <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> متوفی <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>		
وضعیت تأهل <input type="radio"/> متأهل <input type="radio"/> طلاق‌گرفته <input type="radio"/> جدانشده <input type="radio"/> مجرد <input type="radio"/> بیوه (مرد) <input type="radio"/>		

اطلاعات والد 2:

نسبت با کودک:

نام خانوادگی	نام میانی	نام
زبان	محل تولد	تاریخ تولد
خیابان		
کد پستی	ایالت	شهر
شماره تلفن		
عنوان شغل	نام کارفرما	
معلول <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> متوفی <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>		
وضعیت تأهل <input type="radio"/> متأهل <input type="radio"/> طلاق‌گرفته <input type="radio"/> جدانشده <input type="radio"/> مجرد <input type="radio"/> بیوه (مرد) <input type="radio"/>		

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

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



سوابق پزشکی
لطفاً وزن هنگام تولد، میزان نارس بودن (در صورت وجود)، عوارض زایمان، هرگونه وضعیت پزشکی یا تشخیص را توضیح دهید:

آیا این کودک در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بستری بود؟ _____

لطفاً هرگونه اختلال بینایی یا شنوایی را توضیح دهید:

سوابق رشدی
لطفاً هرگونه نگرانی درباره رشد جسمی کودک را توضیح دهید:

لطفاً هرگونه نگرانی درباره رشد زبانی کودک را توضیح دهید:

لطفاً هرگونه نگرانی درباره تعاملات اجتماعی و/یا رفتار کودک را توضیح دهید:

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

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



اطلاعات تماس پزشکی برای درخواست پرونده پزشکی

لطفاً نام و اطلاعات تماس بیمارستان محل تولد کودک یا بخش NICU، پزشک فعلی و/یا سایر متخصصان پزشکی را مشخص کنید و سپس رضایت‌نامه‌های مربوطه را برای دریافت سوابق فعلی امضا کنید.

A. بیمارستان محل تولد / بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU)

نام

خیابان

شهر

کد پستی

ایالت

--	--	--

شماره تلفن

B. پزشک فعلی

نام

خیابان

شهر

کد پستی

ایالت

--	--	--

شماره تلفن

تخصص

--	--

C. پزشک یا متخصص پزشکی غیره (برای مثال، متخصص مغز و اعصاب، ژنتیک، ارتوپدی)

نام

خیابان

شهر

کد پستی

ایالت

--	--	--

شماره تلفن

تخصص

--	--

Medi-Cal

اطلاعات بیمه:

نام بیمه

شماره بیمه‌نامه

--	--

مهم: لطفاً یک کپی از کارت بیمه کودک را همراه با درخواست خود ارسال کنید.



مجوز انجام ارزیابی Early Start و انتشار اطلاعات

هدف:

هدف از این فرم، ارائه رضایت به ("NLACRC") North Los Angeles County Regional Center برای انجام ارزیابی به منظور تعیین واجد شرایط بودن کودک شما در برنامه Early Start کالیفرنیا است.

دامنه:

با امضای این فرم، شما به NLACRC اجازه می‌دهید که ارزیابی برنامه Early Start را انجام دهد. این ارزیابی شامل جمع‌آوری و بررسی اطلاعات مربوط به سلامت و مراحل رشد کودک شما (از بدو تولد تا زمان حال) خواهد بود و ممکن است شامل همکاری با یک یا چند ارائه‌دهنده خدمات تحت قرارداد NLACRC برای تکمیل این ارزیابی باشد.

درباره ارزیابی:

با امضای این فرم، شما موافقت می‌کنید که NLACRC اطلاعات مربوط به رشد کودک شما را جمع‌آوری و بررسی کند. این فرآیند شامل درخواست سوابق پزشکی از اشخاص ثالث، گفت‌وگو با شما درباره مراحل رشد کودک، نظارت بر کودک در خانه یا محیط‌های مشابه، و بررسی سوابق پزشکی و/یا سایر سوابق مشابه کودک خواهد بود. اطلاعات جمع‌آوری شده به NLACRC کمک خواهد کرد تا مشخص کند که آیا کودک شما واجد شرایط برنامه Early Start کالیفرنیا است یا خیر. در صورت واجد شرایط بودن، این اطلاعات به شناسایی نوع خدمات مداخله زود هنگام مورد نیاز برای کودک شما کمک خواهد کرد.

با امضای این فرم، شما موارد زیر را درک کرده و با آنها موافقت می‌کنید:

**امضای زیر به چه
معناست:**

- رضایت کتبی شما برای انجام این ارزیابی کاملاً داوطلبانه است، به مدت دو (2) سال از تاریخ درج‌شده معتبر خواهد بود و در هر زمان قابل لغو است.
- رضایت کتبی شما برای تعیین واجد شرایط بودن در برنامه Early Start توسط NLACRC الزامی است.
- ارزیابی Early Start کودک شما به صورت سریع انجام شده و به زبان اصلی شما و کودکان یا زبانی که ترجیح می‌دهید، ارائه خواهد شد.
- شما حق دارید سوابق کودک خود را بررسی، بازبینی و درخواست یک نسخه از آنها را داشته باشید.
- تمام سوابق جمع‌آوری شده درباره کودک شما مطابق با HIPAA و سایر قوانین حفظ حریم خصوصی کالیفرنیا کاملاً محرمانه نگه داشته خواهند شد.
- NLACRC یک ارزیابی در پنج (5) حوزه رشدی انجام خواهد داد تا تعیین کند که آیا کودک شما واجد شرایط دریافت خدمات مداخله زود هنگام Early Intervention هست یا همچنان واجد شرایط باقی می‌ماند.
- NLACRC اطلاعات شناسایی شخصی مربوط به کودکان را به ارائه‌دهنده(های) خدمات تحت قرارداد NLACRC برای انجام ارزیابی Early Start ارائه خواهد داد. این اطلاعات شامل، نام کودک، تاریخ تولد، آدرس محل سکونت، شماره(های) تلفن و سایر اطلاعات مشابه خواهد بود اما محدود به آنها نیست.

نام کودک

تاریخ تولد کودک

نام والد / قیم قانونی

امضای والد / قیم قانونی

تاریخ

رضایت اضافی برای ارائه اطلاعات فرزندم به منابع عمومی

با امضای این فرم، به NLACRC اجازه می‌دهم که در صورت صلاحدید، کودک مرا به یک یا چند سازمان منبع عمومی ارجاع دهد تا در آینده کودک من از کمک‌های احتمالی برای شرایطش بهره‌مند شود. این سازمان‌های منبع عمومی شامل **Family Focus Resource Center**، **California Children Services** و **Early Head Start** هستند. لطفاً توجه داشته باشید که این فرآیند ارجاع مطابق با تمامی مقررات HIPAA و سایر قوانین حفظ حریم خصوصی فدرال و کالیفرنیا انجام خواهد شد.

نام والد / قیم قانونی

تاریخ

حمایت از افراد دارای ناتوانی‌های رشدی در *Antelope Valleys* و *San Fernando*، *Santa Clarita* از سال 1974.

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

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



مجوز انتشار اطلاعات رشدی و آموزشی

بدین وسیله، من به **NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER (NLACRC)** و/یا کارکنان منصوب شده آن اجازه می‌دهم تا اطلاعات سلامت محافظت شده، از جمله اطلاعات پزشکی، رشدی و/یا آموزشی را مطابق با موارد ذکر شده در زیر، برای کمک به برنامه‌ریزی انتقال سازمان آموزشی محلی منتشر کنند.

لطفاً سوابق پزشکی و/یا سایر اطلاعات مربوط به موارد زیر را منتشر کنید:

<input type="text"/>	نام:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	تاریخ تولد:	<input type="text"/>
	#UCI:	<input type="text"/>

<input type="text"/>	سوابق را منتشر کنید برای:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	توجه:	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>

لغو

این مجوز می‌تواند در هر زمانی توسط فرد امضاکننده لغو شود. لغو این مجوز باید به صورت کتبی، با امضای فرد امضاکننده، و به NLACRC در نشانی ذکر شده ارسال شود. لغو کتبی پس از دریافت معتبر خواهد بود، اما در حدی که درخواست‌کننده یا دیگران بر اساس این مجوز اقدام کرده باشند، تأثیری نخواهد داشت.

مدت اعتبار

این مجوز بلافاصله معتبر خواهد شد و تا تاریخ _____ (تاریخ را وارد کنید) معتبر خواهد بود، یا در صورت عدم درج تاریخ، به مدت یک سال از تاریخ امضا اعتبار خواهد داشت.

اطلاعات افشاشده ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- اطلاعات شناسایی شخصی (نام کودک، تاریخ تولد، نام والدین، آدرس خانواده و شماره تلفن)
 - ارزیابی‌ها و سنجش‌های رشدی
 - IFSP (طرح خدمات فردی برای خانواده)
 - ارزیابی روان‌شناختی
- سایر اطلاعات آموزشی مرتبط:

افشای مجدد

NLACRC و بسیاری از سازمان‌ها و افراد دیگر بر اساس قانون ملزم به حفظ محرمانگی اطلاعات سلامت شما هستند. اگر شما اجازه افشای اطلاعات سلامت خود را به فرد یا نهادی داده باشید که به صورت قانونی ملزم به حفظ محرمانگی آن نیست، ممکن است این اطلاعات دیگر تحت حفاظت قوانین محرمانگی ایالتی یا فدرال نباشد.

من/ما به **NLACRC** اجازه می‌دهیم تا اطلاعات مربوط به کودک من/ما را به سازمان آموزش محلی ارسال کند، از جمله اطلاعات ارزیابی و سنجش و کپی‌های IFSPهایی که برای کمک به **LEA** در شناسایی ارزیابی‌های مورد نیاز برای تعیین واجد شرایط بودن در آموزش ویژه تحت بخش **B قانون IDEA** تا سن 3 سالگی پیاده‌سازی شده‌اند.

من درک می‌کنم که این مجوز داوطلبانه است و در هر زمانی می‌تواند لغو شود. می‌دانم که حق دارم برخی سوابق را از افشا به سازمان آموزش محلی (LEA) حذف کنم.

حق دارم یک نسخه از این مجوز را برای سوابق خود دریافت کنم. کپی از این مجوز مثل اصل آن معتبر است.

<input type="text"/>	امضای مصرف‌کننده یا نماینده قانونی مصرف‌کننده	<input type="text"/>
<input type="text"/>	تاریخ	<input type="text"/>
<input type="text"/>	نام نوشته شده	<input type="text"/>
<input type="text"/>	نسبت، در صورت امضا توسط فردی غیر از مصرف‌کننده	<input type="text"/>

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County



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

مجوز استفاده و/یا افشای اطلاعات پزشکی، آموزشی و/یا سایر اطلاعات سلامت محافظت‌شده

توجه:	به:

بدین وسیله، من به پزشک، بیمارستان، کلینیک، مرکز بهداشت روان، مدرسه و/یا کارکنان منصوب شده آن‌ها که در بالا نام برده شده‌اند، اجازه می‌دهم تا اطلاعات سلامت محافظت‌شده و/یا سوابق آموزشی را مطابق با موارد ذکر شده در زیر منتشر کنند.

لطفاً سوابق پزشکی و/یا سایر اطلاعات مربوط به موارد زیر را منتشر کنید:

نام:	تاریخ تولد:

اطلاعات پزشکی را برای موارد زیر منتشر کنید: مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County (NLACRC)

سوابق را مشخص کنید

- کادر مربوطه را علامت بزنید و نوع اطلاعاتی که باید افشا شود را تأیید کنید:
- اطلاعات پزشکی: سوابق تولد، بازدیدهای مطب، معاینات فیزیکی، ارزیابی‌های رشدی، خلاصه‌های پذیرش و ترخیص از بیمارستان.
- سوابق تحصیلی
- اطلاعات روان‌پزشکی/روان‌شناختی: سوابق ارزیابی و درمان بهداشت روان، ارزیابی‌های تشخیصی روان‌شناختی/روان‌پزشکی شامل برگه‌های نمرات آزمایش‌ها.

امضا

اچ آی وی، ایدز

امضا

سایر (مشخص کنید)

مدت اعتبار

این مجوز بلافاصله معتبر خواهد شد و تا تاریخ _____ (تاریخ) را وارد کنید معتبر خواهد بود، یا در صورت عدم درج تاریخ، به مدت یک سال از تاریخ امضا اعتبار خواهد داشت.

لغو

این مجوز می‌تواند در هر زمانی توسط فرد امضاکننده لغو شود. لغو این مجوز باید به صورت کتبی، با امضای فرد امضاکننده، و به NLACRC در نشانی ذکر شده ارسال شود. لغو کتبی پس از دریافت معتبر خواهد بود، اما در حدی که درخواست‌کننده یا دیگران بر اساس این مجوز اقدام کرده باشند، تأثیری نخواهد داشت.

افشای مجدد

NLACRC نمی‌تواند اطلاعات به دست‌آمده تحت این مجوز را مجدداً افشا کند مگر اینکه مجوز اضافی دریافت شده باشد یا افشا بر اساس قانون به طور خاص الزامی یا مجاز باشد.

درخواست می‌کنم که اطلاعات سلامت منتشرشده مطابق با این مجوز فقط برای اهداف زیر استفاده شود: این سوابق توسط NLACRC برای ارزیابی و تصمیم‌گیری در مورد واجد شرایط بودن و خدمات مناسب برای این فرد استفاده خواهد شد.

من درک می‌کنم که این اجازه‌نامه اختیاری است. درمان، پرداخت، ثبت نام یا واجد شرایط بودن برای دریافت مزایا نباید به امضای این مجوز مشروط باشد. حق دارم یک نسخه از این مجوز را برای سوابق خود دریافت کنم. کپی از این مجوز مثل اصل آن معتبر است.

تاریخ

امضای مصرف‌کننده یا نماینده قانونی مصرف‌کننده

نسبت، در صورت امضا توسط فردی غیر از مصرف‌کننده

نام نوشته شده

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County



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

مجوز استفاده و/یا افشای اطلاعات پزشکی، آموزشی و/یا سایر اطلاعات سلامت محافظت شده

	توجه:		به:

بدین وسیله، من به پزشک، بیمارستان، کلینیک، مرکز بهداشت روان، مدرسه و/یا کارکنان منصوب شده آن‌ها که در بالا نام برده شده‌اند، اجازه می‌دهم تا اطلاعات سلامت محافظت شده و/یا سوابق آموزشی را مطابق با موارد ذکر شده در زیر منتشر کنند.

لطفاً سوابق پزشکی و/یا سایر اطلاعات مربوط به موارد زیر را منتشر کنید:

	نام:		تاریخ تولد:
--	------	--	-------------

اطلاعات پزشکی را برای موارد زیر منتشر کنید: مرکز منطقه‌ای (NLACRC) North Los Angeles County

سوابق را مشخص کنید

مدت اعتبار

کادر مربوطه را علامت بزنید و نوع اطلاعاتی که باید افشا شود را تأیید کنید:
 اطلاعات پزشکی: سوابق تولد، بازدیدهای مطب، معاینات فیزیکی، ارزیابی‌های رشدی، خلاصه‌های پذیرش و ترخیص از بیمارستان.

این مجوز بلافاصله معتبر خواهد شد و تا تاریخ _____ (تاریخ را وارد کنید) معتبر خواهد بود، یا در صورت عدم درج تاریخ، به مدت یک سال از تاریخ امضا اعتبار خواهد داشت.

سوابق تحصیلی

اطلاعات روان‌پزشکی/روان‌شناختی: سوابق ارزیابی و درمان بهداشت روان، ارزیابی‌های تشخیصی روان‌شناختی/روان‌پزشکی شامل برگه‌های نمرات آزمایش‌ها.

لغو

این مجوز می‌تواند در هر زمانی توسط فرد امضاکننده لغو شود. لغو این مجوز باید به صورت کتبی، با امضای فرد امضاکننده، و به NLACRC در نشانی ذکر شده ارسال شود. لغو کتبی پس از دریافت معتبر خواهد بود، اما در حدی که درخواست‌کننده یا دیگران بر اساس این مجوز اقدام کرده باشند، تأثیری نخواهد داشت.

امضا

افشای مجدد

NLACRC نمی‌تواند اطلاعات به دست آمده تحت این مجوز را مجدداً افشا کند مگر اینکه مجوز اضافی دریافت شده باشد یا افشا بر اساس قانون به طور خاص الزامی یا مجاز باشد.

اچ آی وی، ایذ

امضا

سایر (مشخص کنید)

درخواست می‌کنم که اطلاعات سلامت منتشر شده مطابق با این مجوز فقط برای اهداف زیر استفاده شود: این سوابق توسط NLACRC برای ارزیابی و تصمیم‌گیری در مورد واجد شرایط بودن و خدمات مناسب برای این فرد استفاده خواهد شد.

من درک می‌کنم که این اجازه‌نامه اختیاری است. درمان، پرداخت، ثبت نام یا واجد شرایط بودن برای دریافت مزایا نباید به امضای این مجوز مشروط باشد. حق دارم یک نسخه از این مجوز را برای سوابق خود دریافت کنم. کپی از این مجوز مثل اصل آن معتبر است.

تاریخ

امضای مصرف‌کننده یا نماینده قانونی مصرف‌کننده

نسبت، در صورت امضا توسط فردی غیر از مصرف‌کننده

نام نوشته شده

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

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



اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

این اطلاعیه توضیح می‌دهد که چگونه اطلاعات پزشکی مربوط به شما ممکن است استفاده و افشا شود و چگونه می‌توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفاً آن را به دقت بررسی کنید.

The North Los Angeles County Regional Center (NLACRC) بر اساس قانون ملزم است که حریم خصوصی اطلاعات سلامت محافظت شده (PHI) شما را حفظ کند. PHI اطلاعاتی است که شما را در هر قالبی (الکترونیکی، کتبی، شفاهی و غیره) شناسایی می‌کند و توسط NLACRC جمع‌آوری، ایجاد، نگهداری یا دریافت می‌شود و به وضعیت یا سلامت جسمی/روحي گذشته، حال یا آینده شما مربوط می‌شود. ما بر اساس قانون ملزم به ارائه این "اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی" به شما، مصرف‌کننده NLACRC، هستیم تا وظایف قانونی و شیوه‌های حفظ حریم خصوصی‌مان در ارتباط با PHI شما را توضیح دهیم. ما همچنین ملزم به رعایت مفاد نسخه جاری این اطلاعیه هستیم. در این اطلاعیه، اصطلاحات "us"، "we"، "NLACRC" و "our" به The North Los Angeles County Regional Center اشاره دارند.

ممکن است بدون اجازه کتبی، اطلاعات سلامت محافظت شده مربوط به شما را در شرایط زیر استفاده و افشا کنیم:

درمان: ممکن است اطلاعات سلامت محافظت شده شما را برای ارائه، هماهنگی و/یا مدیریت مراقبت‌های سلامت و خدمات مرتبط استفاده و ارائه کنیم. برای مثال، ممکن است PHI شما را به مدیران پرونده، پزشکان، ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، فروشندگان، همکاران تجاری، مراقبان، اعضای خانواده و سایر افرادی که در مراقبت از شما نقش دارند، چه در داخل و چه خارج از NLACRC، ارائه دهیم.

عملیات مراقبت‌های سلامت: ممکن است اطلاعات سلامت محافظت شده شما را برای عملیات خود استفاده و افشا کنیم. به عنوان مثال، فعالیت‌هایی که شامل، مدیریت پرونده، ارزیابی و بهبود کیفیت، کاهش ریسک، نظارت توسط سازمان‌های دولتی و فدرال، ممیزی، آموزش و حمایت می‌شود اما محدود به اینها نیست. این ممکن است شامل به اشتراک‌گذاری اطلاعات شما با California Department of Developmental Services (DDS) و سایر مراکز منطقه‌ای کالیفرنیا در مواقع مورد نیاز باشد.

پرداخت: ممکن است اطلاعات سلامت محافظت شده شما را برای مثال، برای تعیین مسئولیت‌مان در پرداخت هزینه‌ها یا اجازه برای صدور صورتحساب و جمع‌آوری پرداخت برای درمان و خدمات سلامت مرتبط با شما استفاده کنیم.

یادآوری‌ها و اطلاع‌رسانی‌های مربوط به قرار ملاقات: ما ممکن است برای یادآوری قرار ملاقات‌ها یا ارائه اطلاعاتی که ممکن است مورد علاقه شما باشد با شما تماس بگیریم.

فعالیت‌های سلامت عمومی: ممکن است PHI شما را برای فعالیت‌های سلامت عمومی به اشتراک بگذاریم، به عنوان مثال، زمانی که مرتبط با پیشگیری از بیماری، جراحات یا ناتوانی باشد؛ یا برای پیگیری و نظارت بر برخی محصولات پزشکی.

رویه‌های قضایی: ممکن است PHI‌تان را برای رویه‌های قضایی استفاده یا افشا کنیم، به عنوان مثال، به عنوان بخشی از یک جلسه اداری، در پاسخ به دستور یک دادگاه یا احضاریه.

اجرای قانون: ممکن است PHI‌تان را با نهادهای اجرایی قانون به اشتراک بگذاریم، به عنوان مثال، برای پاسخ به یک حکم بازرسی یا گزارش یک جرم.

پژوهش: ممکن است PHI شما را برای پژوهش‌های تایید شده توسط NLACRC و یک Institutional Review Board (هیئت بازبینی موسسه‌ای)، که طبق قانون مسئول بررسی و تأیید پژوهش‌ها به منظور حفاظت از ایمنی شرکت‌کنندگان و حفظ محرمانگی PHI است، استفاده یا به اشتراک بگذاریم. شرکت در هر یک از این پژوهش‌ها ممکن است نیازمند اجازه خاص شما باشد.

تهدید جدی برای سلامت یا ایمنی یا امداد در مواقع بحران: ما ممکن است PHI‌تان را برای پیشگیری از تهدید جدی/فوری برای سلامت و ایمنی شما یا دیگران استفاده یا به اشتراک بگذاریم.

امنیت ملی: ممکن است PHI را با مقامات فدرال مجاز برای فعالیت‌های اطلاعاتی و سایر فعالیت‌های امنیت ملی که توسط قانون مجاز است، به اشتراک بگذاریم.

پزشکان قانونی، معاینات پزشکی، مدیران تشییع جنازه و اهدا عضو: ممکن است PHI‌تان را طبق مقررات قانونی با این نهادها به اشتراک بگذاریم، تا به این افراد اجازه دهیم وظایف رسمی خود را انجام دهند؛ به عنوان مثال، برای شناسایی یک فرد متوفی.

مؤسسات اصلاحی: اگر تحت بازداشت نهادهای اجرایی قانون باشید، ممکن است PHI‌تان را در صورت لزوم با مؤسسات اصلاحی یا نهادهای اجرایی قانون برای مراقبت‌های سلامت شما به اشتراک بگذاریم.

طبق مقررات قانونی: ما PHI‌تان را زمانی که طبق قانون الزامی باشد، به اشتراک خواهیم گذاشت.

سایر کاربردهای اطلاعات سلامت محافظت شده

سایر کاربردها و افشای اطلاعات سلامت محافظت شده که تحت پوشش این اطلاعیه یا قوانینی که در مورد ما اعمال می‌شود، فقط با اجازه کتبی شما انجام می‌شود. مجوزی که به ما برای استفاده یا افشای PHI خود می‌دهید، ممکن است در هر زمانی به صورت کتبی لغو شود. اگر مجوز خود را لغو کنید، این امر مانع از استفاده یا افشای بیشتر PHI شما برای اهدافی خواهد شد که تحت پوشش مجوز کتبی‌تان قرار دارند. شما درک می‌کنید که ما نمی‌توانیم اطلاعاتی را که با اجازه شما قبلاً افشا شده است، بازگردانیم و موظف هستیم سوابق مربوط به خدمات ارائه شده به شما را حفظ کنیم. برای استفاده و افشای برخی انواع PHI، مانند سوابق مربوط به HIV/AIDS، بهداشت روان، درمان مواد مخدر و الکل، الزامات سخت‌گیرانه‌تری وجود دارد. این نوع اطلاعات تنها مطابق با قوانین سخت‌گیرانه‌تر مربوطه می‌تواند افشا شود.

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

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



حقوق شما در ارتباط با اطلاعات سلامت محافظت‌شده (PHI) شامل موارد زیر است:

حق بازرسی و کپی سوابق خود حق دارید درخواست کتبی بدهید تا PHI خود را در مجموعه‌های سوابق مشخص‌شده بازبینی و کپی کنید. اگر درخواستی را رد کنیم، این کار را به‌صورت کتبی انجام خواهیم داد و دلایل خود را ذکر خواهیم کرد و شما حق دارید که آن تصمیم مورد بازبینی قرار گیرد.

حق درخواست اصلاحات در سوابق شما اگر احساس می‌کنید که PHIتان نادرست یا ناقص است، حق دارید به صورت کتبی درخواست کنید که آن را اصلاح کنیم و دلیل اینکه چرا باید اصلاح یا اضافه‌کردنی صورت گیرد را ذکر کنید. اگر درخواست شما را رد کنیم، این کار را به صورت کتبی انجام خواهیم داد و دلایل خود را ذکر خواهیم کرد، و شما می‌توانید یک بیانیه کتبی از مخالفت خود ارائه دهید.

حق درخواست محدودیت‌ها حق دارید به صورت کتبی درخواست محدودیت یا محدودسازی استفاده یا افشای PHI خود را از سوی ما داشته باشید. شما می‌توانید درخواست کنید که PHIتان با دیگران، مانند یک عضو خانواده یا دوست، به اشتراک گذاشته نشود. با این حال، بر اساس قانون، ما موظف به موافقت با درخواست شما نیستیم.

حق درخواست ارتباطات محرمانه حق دارید به صورت کتبی درخواست کنید که ما با شما به روشی خاص یا در مکانی خاص ارتباط برقرار کنیم. به عنوان مثال، می‌توانید درخواست کنید که فقط از طریق محل کار یا پست با شما تماس بگیریم. زمانی که بتوانیم به طور معقول یا قانونی با درخواست شما موافقت کنیم، این کار را خواهیم کرد.

حق درخواست گزارش افشاها حق دارید به صورت کتبی درخواست کنید که گزارش افشای PHI خود را تا 6 سال قبل از درخواست‌تان دریافت کنید، اما نه برای افشاهایی که قبل از 14 آوریل 2003 انجام شده‌اند. گزارش افشاها شامل افشاهایی برای انجام درمان، عملیات مراقبت‌های سلامت، پرداخت، اطلاع‌رسانی عمومی، اجرای قانون، امنیت ملی، و به مؤسسات اصلاحی و همچنین افشاهایی که طبق قانون الزامی است، نمی‌شود. علاوه بر این، گزارش افشاها شامل افشاهایی که برای آن NLACRC مجوز امضا شده‌ای داشته باشد، افشاهایی به شما، مراقب شما، یا افرادی که به نمایندگی از شما عمل می‌کنند، نمی‌شود.

حق دریافت نسخه کاغذی این اطلاعیه شما حق دارید در هر زمان، بنا به درخواست، یک نسخه کاغذی از این اطلاعیه را دریافت کنید. نسخه‌ها را می‌توان از www.nlacrc.org دانلود کرد، از طریق پذیرش در هر یک از دفاتر ما دریافت نمود، یا از مدیر پرونده خود درخواست کرد.

تغییرات در این اطلاعیه ما این حق را برای خود محفوظ می‌داریم که این اطلاعیه و رویه‌های حفظ حریم خصوصی خود را در هر زمان تغییر دهیم، مشروط بر اینکه این تغییر مطابق با قوانین ایالتی و فدرال باشد. هرگونه اطلاعیه اصلاح‌شده هم برای PHI که در زمان تغییر در اختیار داریم و هم برای PHI که پس از اجرای تغییر ایجاد یا دریافت می‌شود، اعمال خواهد شد. یک نسخه از اطلاعیه فعلی در تمامی دفاتر NLACRC در مکانی مشخص و قابل مشاهده نصب خواهد شد. اگر اطلاعیه ما تغییر کند، می‌توانید نسخه اصلاح‌شده را از وبسایت NLACRC، پذیرش، یا مدیر پرونده خود دریافت کنید.

سوالات/شکایات اگر در مورد این اطلاعیه یا رویه‌های حفظ حریم خصوصی سوالی دارید، یا در مورد PHI خود مکاتبه می‌کنید، از جمله درخواست‌هایی برای محدودیت در استفاده یا افشای آن، یا قصد دارید شکایتی درباره رویه‌های حفظ حریم خصوصی ما ثبت کنید، لطفاً به آدرس زیر نامه بنویسید: NLACRC Attn: HIPAA Privacy Officer 9200 Oakdale Ave. Suite 100 Chatsworth, CA 91311 یا با شماره 818-778-1900 تماس بگیرید. اگر معتقدید که حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می‌توانید وزیر وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) را نیز مطلع سازید. برای ثبت شکایت، هیچ‌گونه جریمه یا مجازاتی متوجه شما نخواهد بود.

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

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



حفظ محرمانگی اطلاعات فرزند شما: آنچه باید بدانید: اطلاعیه اولیه و سالانه

پیش از ارزیابی کودک برای دریافت خدمات در برنامه Early Start و حداقل یکبار در هر سال پس از آن، موظف هستیم به صورت کتبی به شما اطلاع دهیم که چه اطلاعاتی درباره خانواده و فرزندتان جمع‌آوری می‌کنیم و چگونه از محرمانه ماندن این اطلاعات اطمینان حاصل می‌کنیم. اطلاعات زیر برای خانواده شما بسیار مهم است.

چه اطلاعاتی را در پرونده نگاه می‌داریم که می‌تواند برای شناسایی فرزند شما استفاده شود؟

ما اطلاعات قابل شناسایی شخصی را در پرونده نگاه می‌داریم، از جمله نام کامل کودک، نام والدین، آدرس کودک، شماره تأمین اجتماعی یا سایر شناسه‌های شخصی، و اطلاعات مربوط به تشخیص کودک، جنسیت، قومیت و غیره.

اطلاعات مربوط به فرزند شما را از کجا دریافت می‌کنیم؟

اطلاعات از افراد یا سازمان‌هایی که فرزند شما را برای دریافت خدمات Early Start معرفی کرده‌اند و همچنین از شما، به‌عنوان والدین، جمع‌آوری می‌شود. با رضایت کتبی شما، اطلاعات همچنین از افراد یا سازمان‌های دیگری که فرزند شما را می‌شناسند، جمع‌آوری می‌شود. این افراد ممکن است شامل پزشکان، معلمان، مددکاران اجتماعی و متخصصان از بیمارستان‌ها، Regional Centers، مدارس و سایر نهادها باشند.

ما چگونه از اطلاعاتی که درباره فرزند شما داریم استفاده می‌کنیم؟

از این اطلاعات برای تعیین و اجد شرایط بودن فرزند شما برای خدمات Early Start استفاده می‌کنیم. اگر فرزند شما واجد شرایط باشد، از این اطلاعات برای برنامه‌ریزی خدمات استفاده می‌کنیم. اگر فرزند شما در حال حاضر واجد شرایط نباشد، این اطلاعات ذخیره می‌شود تا در صورت نیاز احتمالی به ارجاع مجدد برای خدمات، قبل از رسیدن کودک به سه‌سالگی، مورد استفاده قرار گیرد.

از چه اطلاعاتی برای ارزیابی فرزند شما و تدوین طرح خدمات فردی خانواده (IFSP) استفاده می‌کنیم؟

یک تیم از متخصصان در رشته‌های مختلف، همراه با شما به‌عنوان والدین، از اطلاعات منابع گوناگون برای ارزیابی فرزندتان و تدوین طرح خدمات فردی خانواده (IFSP) استفاده می‌کنند. سوابق پزشکی و گزارش‌های وضعیت سلامت، اطلاعات بعدست‌آمده از مشاهدات رشد فرزند شما، گزارش‌ها و مصاحبه‌های والدین، و آزمون‌ها یا ابزارهای استاندارد ممکن است مورد استفاده قرار گیرند.

اطلاعات مربوط به فرزند شما را کجا نگهداری می‌کنیم؟

اطلاعات مربوط به فرزند شما در سامانه ایستگاه کاری هماهنگ‌کننده خدمات فرزندتان یا در اتاق بایگانی مرکزی نگهداری خواهد شد. تمام اطلاعات قابل شناسایی شخصی در کمدها، اتاق‌های بایگانی، یا فایل‌های رایانه‌ای نگهداری می‌شود که تحت نظارت کارکنان آموزش‌دیده در حفظ اطلاعات محرمانه قرار دارند.

چه مدت اطلاعات مربوط به فرزند شما را نگاه می‌داریم و چه زمانی ممکن است آن را از بین ببریم؟

نهادهای دولتی موظف‌اند به والدین اطلاع دهند که چه زمانی اطلاعات قابل شناسایی شخصی، دیگر برای ارائه خدمات آموزشی به کودک مورد نیاز نیست. اطلاعات قابل شناسایی شخصی درباره کودکی که دارای معلولیت است ممکن است به‌طور دائمی نگهداری شود، مگر اینکه والدین درخواست حذف آن را داشته باشند. اگر والدین درخواست حذف اطلاعات را داشته باشند، نهاد آموزشی ممکن است اطلاعاتی مانند نام، آدرس، شماره تلفن و سال‌های حضور فرزند شما در برنامه را حفظ کند. والدین باید آگاه باشند که این سوابق ممکن است برای دریافت مزایای تأمین اجتماعی یا سایر اهداف مورد نیاز کودک یا والدین باشد.

چه زمانی اطلاعات را در اختیار دیگران قرار می‌دهیم؟

اطلاعات بدون رضایت کتبی شما به شخص ثالث ارائه نمی‌شود. باید یک سابقه مکتوب نگاه داریم که مشخص کند با چه کسانی اطلاعات مربوط به فرزند شما به اشتراک گذاشته شده است (به‌جز شما یا کارکنان سازمان آموزشی یا Regional Center).

والدین چه حقوقی برای مشاهده اطلاعات مربوط به فرزندشان دارند؟

سوابق مربوط به فرزند یا خانواده شما باید حداکثر تا 5 روز کاری پس از درخواست شما برای بررسی در دسترس قرار گیرد (مگر اینکه حکم دادگاه یا سند دیگری به‌طور مشخص حقوق شما را لغو کرده باشد). در صورت درخواست، توضیحات و تفسیرهای مربوط به سوابق باید در اختیار شما قرار گیرد.

از کجا می‌توانم اطلاعات بیشتری درباره حقوق خود دریافت کنم؟

شما همیشه می‌توانید از هماهنگ‌کننده خدمات خود اطلاعات بیشتری درخواست کنید. اطلاعات تکمیلی در فرم حقوق والدین در Early Start به شما ارائه شده است. منابع اصلی شامل موارد زیر هستند: باب 34 از مقررات فدرال، قانون حقوق و حریم خصوصی آموزش خانواده مصوب 1974، باب 20 از مجموعه قوانین ایالات متحده، و مقررات برنامه Early Start کالیفرنیا.

اگر درباره پرونده‌های فرزندتان سؤالی دارید، لطفاً از هماهنگ‌کننده خدمات خود بپرسید.

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

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



حقوق و مسئولیت‌های والدین در برنامه Early Start اطلاعیه اولیه و سالانه

ارزیابی و سنجش اولیه

صلاحیت برای برنامه Early Start از طریق بررسی سوابق مرتبط، اطلاعات به‌دست‌آمده از مشاهدات و گزارش‌های والدین و ارزیابی انجام‌شده توسط پرسنل واجد شرایط تعیین می‌شود. اگر فرزند شما واجد شرایط شناخته شود، شما حق دسترسی به خدمات مداخله زودهنگام مناسب را دارید. شما حق دارید در طول فرایند اطلاعات ارائه دهید و تشویق می‌شوید تا در مورد خدمات مداخله زودهنگام فرزندتان تصمیم‌گیری کنید. تدابیر حفاظتی رویه‌ای تضمین می‌کنند که کودکان و والدین یا سرپرستان آن‌ها حقوق خود را طبق قانون دریافت کنند.

به‌عنوان والدین یا سرپرست، حق دارید که:

1. فرصت شروع فرایند ارزیابی و ارزیابی اولیه به شما داده شود.
2. طی 45 روز پس از ارجاع فرزند شما به یک مرکز منطقه‌ای یا یک نهاد آموزشی محلی، فعالیت‌های ارزیابی و ارزیابی باید تکمیل شود و جلسه‌ای برای تدوین طرح خدمات فردی خانواده (IFSP) برگزار گردد.
3. روش‌ها و آزمون‌های استفاده‌شده در ارزیابی و سنجش را بررسی کنید.
4. قبل از انجام هرگونه ارزیابی یا سنجش، اجازه کتبی بدهید و از انجام هرگونه ارزیابی، سنجش و خدمات مداخله زودهنگام خودداری کنید.

5. از نتایج ارزیابی‌ها و سنجش‌ها به‌طور کامل مطلع شوید.

6. به سوابق دسترسی داشته باشید، از جمله حق بررسی و دریافت کپی از سوابق مربوط به فرزندتان، و حق درخواست اصلاح سوابق هر نهاد مشارکت‌کننده مرتبط با فرزندتان..

7. از یک مدافع بخواهید که به شما در تعامل با سیستم مداخله زودهنگام، از جمله مرکز منطقه‌ای و نهادهای آموزشی محلی، یاری رساند.

8. ارزیابی‌ها و سنجش‌های مستقل دریافت کنید.

9. اطلاعات قابل شناسایی شخصی خود را به‌صورت محرمانه نگهداری کنید.

10. درخواست یک جلسه استماع دادرسی ارائه دهید تا یافته‌های هرگونه ارزیابی یا سنجش را به چالش بکشید.

11. در جلسه‌ای برای تدوین IFSP ظرف 45 روز از زمان ارجاع شرکت کنید.

ارزیابی به روش‌هایی گفته می‌شود که توسط کارکنان واجد شرایط و مناسب برای تعیین واجد شرایط بودن اولیه و مداوم کودک شما برای دریافت خدمات مداخله زودهنگام در چارچوب Early Start انجام می‌شود. این روش‌ها مستلزم آن هستند که:

1. مواد ارزیابی و سنجش به زبان مادری والدین/خانواده کودک یا سایر روش‌های ارتباطی اجرا شوند، مگر اینکه انجام این کار به‌وضوح امکان‌پذیر نباشد.

2. روش‌ها و مواد ارزیابی و سنجش به‌گونه‌ای انتخاب و اجرا شوند که بر اساس نژاد، جنسیت، فرهنگ یا شرایط ناتوان‌کننده تبعیض‌آمیز نباشند.

3. مواد ارزیابی و سنجش باید متناسب با اهداف مشخصی باشند که برای آنها مورد استفاده قرار می‌گیرند.

4. ارزیابی‌ها و سنجش‌ها توسط کارکنان واجد شرایط انجام می‌شوند.

5. ارزیابی‌ها یا سنجش‌هایی که برای افراد دارای اختلالات بینایی، شنوایی یا ارتباطی انجام می‌شوند، باید به‌گونه‌ای انتخاب شوند که به‌طور دقیق توانایی یا سطح پیشرفت فرد را، بسته به اینکه کدام عامل موضوع اندازه‌گیری است، منعکس کنند..

6. مواد ارزیابی و سنجش باید به گونه‌ای طراحی شوند که حوزه‌های مشخصی از رشد و/یا نیازهای آموزشی را ارزیابی کنند و صرفاً برای اندازه‌گیری بهره هوشی نباشند.

7. سنجش و ارزیابی‌ها در پنج حوزه رشدی انجام می‌شوند که در صورت لزوم شامل سلامت و رشد، بینایی، شنوایی، توانایی‌های حرکتی، عملکردهای زبانی و وضعیت اجتماعی و عاطفی هستند.

شکایات Early Start

اگر یک مرکز منطقه‌ای، نهاد آموزشی محلی یا ارائه‌دهنده خدمات خصوصی قوانین یا مقررات فدرال یا ایالتی مربوط به ارائه خدمات مداخله زود هنگام را نقض کند، شما حق دارید شکایت خود را مستقیماً به Department of Developmental Services در آدرس زیر ارسال کنید:

Department of Developmental Services (اداره خدمات رشدی)

قابل توجه Office of Human Rights: واحد رسیدگی به شکایات Early Start
1600 9th Street, Room 240, MS2-15
Sacramento, California 95814

شکایت باید به صورت مکتوب باشد و شامل اطلاعات زیر باشد:

- نام، آدرس و شماره تلفن شاکی
- بیانیتهای مبنی بر اینکه یک مرکز منطقه‌ای، نهاد آموزشی محلی، یا ارائه‌دهنده خدمات، قانونی فدرال یا ایالتی را که بر ارائه خدمات مداخله زود هنگام نظارت دارد، نقض کرده است.
- بیانیتهای از حقایقی که ادعا بر اساس آنها مطرح شده است
- طرفی که ادعا می‌شود مسئول تخلف است
- در صورت وجود، شرحی درباره اقدامات داوطلبانهای که در سطح محلی برای حل شکایت انجام شده است

مرکز منطقه‌ای North Los Angeles County

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

روندهای اداری

والدین می‌توانند شکایات کتبی خود را در مورد مسائل مربوط به ارزیابی، سنجش، جای‌دهی یا ارائه خدمات ذکر شده در بالا ثبت کنند. هر والدی که در روند اداری حل یک شکایت درگیر باشد، از حقوق زیر برخوردار است:

1. همراهی و مشاوره توسط وکیل و افرادی که آموزش ویژه‌ای در زمینه خدمات مداخله زود هنگام برای کودکان زیر سه سال دارند.
2. ارائه شواهد و مواجهه، پرسش متقابل و الزام به حضور شهود.
3. ممانعت از ارائه هرگونه مدرکی در روند رسیدگی که حداقل پنج روز پیش از آغاز جلسه به شما ارائه نشده باشد.
4. دریافت نسخه مکتوب یا الکترونیکی از متن کامل و کلمه‌به‌کلمه روند رسیدگی.
5. دریافت نتیجه‌گیری‌های مکتوب از حقایق و تصمیمات، حداکثر ظرف 30 روز از تاریخ ثبت شکایت.
6. حفظ تمامی اطلاعات شناسایی شخصی به‌صورت محرمانه.
7. الزام به برگزاری روند رسیدگی در زمان و مکانی که به‌طور معقول برای شما مناسب باشد.
8. اقامه دعوی مدنی علیه طرف مقابل در شکایت پس از اتمام روند رسیدگی.

برنامه خدمات خانوادگی فردی (IFSP)

اگر کودک شما واجد شرایط دریافت خدمات مداخله زود هنگام تشخیص داده شود، جلسه‌ای برای تدوین IFSP باید ظرف 45 روز از زمان ارجاع شما به یک مرکز منطقه‌ای یا یک نهاد آموزشی محلی برگزار شود. شما در فرایند تدوین و اجرای IFSP از حقوق زیر برخوردار هستید.

حق:

1. حضور در جلسه و مشارکت در تعیین واجد شرایط بودن و تدوین IFSP.
 2. درخواست حضور سایر اعضای خانواده.
 3. درخواست حضور و مشارکت یک مدافع در جلسه IFSP.
 4. دریافت توضیح کامل محتوای IFSP به زبان مادری تان.
 5. ارائه رضایت خاص برای هر یک از خدمات درج‌شده در IFSP. اگر شما رضایت خود را برای دریافت یک خدمت اعلام نکنید، آن خدمت ارائه نخواهد شد. می‌توانید پس از دریافت اولیه یک خدمت، رضایت خود را پس بگیرد.
 6. ارائه موافقت برای انجام سنجشی از منابع، اولویت‌ها و نگرانی‌های شما در رابطه با تقویت رشد کودکتان.
 7. دریافت اطلاع‌رسانی به زبان مادری تان و از پیش، قبل از آنکه یک نهاد یا ارائه‌دهنده خدمات پیشنهاد دهد یا از آغاز یا تغییر شناسایی، ارزیابی، سنجش، یا جای‌دهی آموزشی کودک شما، یا ارائه خدمات مداخله زود هنگام مناسب به کودک یا خانواده شما خودداری کند.
- ارائه رضایت برای انتقال اطلاعات مربوط به کودکتان به نهاد آموزشی محلی در زمان گذار به خدمات تحت Part B از IDEA..

اگر در محل سکونت فعلی خود ثبت نام رای‌دهی نکرده‌اید، آیا امروز مایل به درخواست ثبت نام برای رای‌دهی هستید؟
(یکی را انتخاب کنید)

- قبلاً ثبت نام کرده‌ام. من در آدرس محل سکونت فعلی خود برای رای‌دهی ثبت نام کرده‌ام.
- بله. مایل به ثبت نام برای رای‌دهی هستم. (لطفاً فرم ثبت نام رای‌دهی پیوست را تکمیل کنید.)
- خیر. مایل به ثبت نام برای رای‌دهی نیستم.

توجه: اگر هیچ گزینه‌ای را علامت نزنید، فرض خواهد شد که در حال حاضر تصمیم به ثبت نام برای رای‌دهی نگرفته‌اید. شما می‌توانید فرم ثبت نام رای‌دهی پیوست را برداشته و در زمان مناسب ثبت نام کنید.

تاریخ

نام متقاضی

اطلاعی‌های مهم

1. درخواست ثبت‌نام یا خودداری از ثبت نام برای رای‌دهی بر میزان کمکی که این نهاد به شما ارائه می‌دهد، تأثیری **نخواهد** داشت.
2. اگر برای تکمیل فرم ثبت نام رای‌دهی به کمک نیاز دارید، ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم برای درخواست یا قبول کمک به عهده شماست. می‌توانید فرم ثبت نام رای‌دهی را به‌طور خصوصی تکمیل کنید.
3. اگر معتقدید که کسی در حق شما برای ثبت نام یا خودداری از ثبت نام برای رای‌دهی، حق‌تان برای حفظ حریم خصوصی در تصمیم‌گیری درباره ثبت‌نام یا درخواست ثبت نام برای رای‌دهی، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی مورد نظر یا دیگر ترجیحات سیاسی مداخله کرده است، می‌توانید شکایت خود را به وزارت امور دولتی ارسال کنید. برای این منظور می‌توانید با شماره رایگان (8683) 345-VOTE (800) تماس بگیرید یا به آدرس زیر نامه بنویسید: Secretary of State, 1500 - 11th Street, Sacramento, CA, 95814. برای اطلاعات بیشتر در مورد انتخابات و رای‌دهی، لطفاً به وبسایت www.sos.ca.gov Secretary of State مراجعه کنید.

فرم ترجیح رای‌دهی NVRA تاریخ 01/13