

## موافقة على إجراء تغيير في خطة تقديم الخدمة

\* يجب إجراء مراجعة لخطة الخدمات الأسرية الفردية (IFSP) للطفل وأسرته كل ستة (6) أشهر أو بوتيرة أكثر إذا اقتضت الظروف ذلك أو إذا طلبت الأسرة اجتماعاً لمراجعة خطة الخدمات الأسرية الفردية (IFSP). إن الغرض من المراجعة التورية هو تحديد درجة التقدم نحو تحقيق النتائج أو الغايات المحددة في خطة الخدمات الأسرية الفردية (IFSP) و/ أو تحديد ما إذا كان تعديل أو تنقيح نتائج أو غايات أو خدمات التدخل المبكر المحددة في خطة الخدمات الأسرية الفردية (IFSP) هو أمر ضروري. قد تتم المراجعة من خلال عقد اجتماعاً بطريقة أخرى مقبولة من طرف الوالد(ة) والمشاركين الآخرين.

### التغييرات في تقديم الخدمة

--

### إشعار حقوق الأسرة

أقر أنا/ نحن بأنه قد تم إطلاعنا على نسخة من حقوق الأسرة خلال عملية وضع خطة الخدمات الأسرية الفردية (IFSP) وفهمنا أنه سيتم تقديم أي خدمات مقبولة.

(توقيع الوالد(ة) بالأحرف الأولى)

### الموافقة على الخدمات

يتمتع الآباء بالحق في تقديم أو حجب أو إلغاء الموافقة على أي من الخدمات أو جميعها. يجب ان يعطي الوالد(ة) موافقة مكتوبة لأية تغييرات في خدمات التدخل المبكر (EI). الموافقة تعني أنك على علم بالتغييرات وأنك توافق عليها. يجب تقديم أي خدمة يوافق عليها الوالد(ة) في غضون 30 يوماً.

أنا/ نحن شاركنا في وضع خطة الخدمات الأسرية الفردية (IFSP) الخاصة بنا و:

أنا/ نحن نوافق على الخدمات الموصوفة في هذه الخطة.

أو

أنا/ نحن نرفض تلقي خطة الخدمات الأسرية الفردية (IFSP) في الوقت الحالي.

أو

أنا/ نحن نوافق على الخدمات الموضحة في هذه الخطة مع الاستثناءات التالية:

توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر:

التاريخ:

توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر:

التاريخ:

### الموافقة على الوصول للتأمين الصحي

أنا / نحن نوافق على وصول برنامج التدخل المبكر ( ) التأمين العام و/ أو الخاص لدفع خدمات التدخل المبكر الموصوفة في هذه الخطة.

توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر:

التاريخ:

توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر:

التاريخ:

\*\*\*اسم البرنامج والمعلومات الخاصة به\*\*\*

البرنامج الشامل لخطة الخدمة الأسرية الفردية (IFSP) سبتمبر/ أيلول 2017