

نام دانش آموز _____ شماره شناسایی _____ تاریخ جلسه _____

اطلاعیه مقدماتی قبل از اقدام برای IEP و تصمیم گیری در تعیین سطح

مدارس دولتی فیرفکس کانتی (FCPS) درخواست می کند برنامه IEP فوق و تصمیم گیری در تعیین سطح مطابق با پرونده کتبی اجرا گردد. برنامه IEP فوق و این تصمیم گیری در تعیین سطح به دانش آموز اجازه می دهد خدمات تحصیلی عمومی رایگان و مناسب را در یک محیط آموزشی با حداقل محدودیت دریافت کند. این تصمیم مبتنی بر بررسی سوابق و ارزیابی های فعلی و عملکرد دانش آموز است که در سطح عملکرد فعلی مستند شده است. سایر گزینه های در نظر گرفته شده، در صورتی که موجود باشند، و دلیل رد آنها، در اطلاعیه کتبی قبلی (IEP 220) ضمیمه شده است. علاوه بر این، عوامل دیگر، در صورتی که موجود و در رابطه با این پیشنهاد باشند، در فرم اطلاعات مربوط به عملکرد تحصیلی این IEP بیان شده اند. زمانی که از تشکیل این جلسه IEP مطلع شدید، یک نسخه از ضمانت های قانونی در اختیار شما قرار خواهد گرفت که حقوق شما را توضیح می دهد. اگر برای فهم این اطلاعات احتیاج به کمک دارید لطفاً با دفتر روند قانونی و مشمولیت با این شماره 571-423-4470 تماس بگیرید.

_____ درج حرف اول نام، حاکی از آنست که ولی (والدین)، قبل از اجازه و موافقت برای اجرای این برنامه IEP و تصمیم در تعیین سطح، اطلاعیه مقدماتی قبل از اقدام برای IEP و تصمیم گیری در تعیین سطح را خوانده و همچنین سایر گزینه ها و عوامل مرتبط با توصیه را در صورتی که موجود باشد، بررسی کرده اند.

درج حرف اول نام ولی و/یا دانش آموز نشان دهنده تایید دریافت موارد زیر است:

- **بروشور سن قانونی** (در جلسه IEP در هفدهمین سالگرد تولد دانش آموز یا بلافاصله قبل از آن اهدا می شود)

حرف اول نام دانش آموز _____

حرف اول نام ولی _____

- **گزینه ها و الزامات دبلم و اطلاعات مربوط به سل تحصیلی تمدید شده**

حرف اول نام ولی _____

حرف اول نام دانش آموز (18 سال یا بزرگتر) _____

رضایت والدین

من به اقدام برای اجرای برنامه IEP رضایت می دهم. من یک کپی از "الزامات ضمانت های قانونی آموزش ویژه در ویرجینیا تحت قانون آموزش افراد ناتوان" را دریافت کرده ام. من امکان شرکت در این جلسه تدوین برنامه IEP را داشته ام.

تاریخ _____

امضاء ولی (یا دانش آموز 18 سال یا بزرگتر) _____

من به اقدام برای اجرای برنامه IEP رضایت نمی دهم. من یک کپی از "الزامات ضمانت های قانونی آموزش ویژه در ویرجینیا تحت قانون آموزش افراد ناتوان" را دریافت کرده ام. من امکان شرکت در این جلسه تدوین برنامه IEP را نداشته ام.

تاریخ _____

امضاء ولی (یا دانش آموز 18 سال یا بزرگتر) _____

اطلاعات پرونده تحصیلی دانش آموزان مدارس دولتی کانتی فیرفکس در صورتی در دسترس دیگران قرار می گیرد که دریافت کننده موافقت کند بدون رضایت کتبی والدین یا دانش آموز حائز شرایط اطلاعاتی از این قبیل را در دسترس دیگران قرار ندهد.

موافقت والدین برای ارسال صورتحسابها به Medicaid و FAMIS جهت دریافت خدمات تحت پوشش

اگر فرزندان در حاضر یا بعداً حائز شرایط دریافت Medicaid یا FAMIS باشد، و یا مورد ارزیابی قرار گیرد، و یا این خدمات را دریافت کند، یا برای دریافت خدمات برنامه آموزش فردی IEP در نظر گرفته شود، دولت فدرال می تواند به منطقه کمک مالی کند و اینگونه صورتحسابها را پرداخت کند. تیم IEP همچنین ممکن است ارزیابی هایی را که به عنوان بخشی از مراحل مقدماتی تشخیص صلاحیت یا ارزیابی مجدد یا ارزیابی های بعدی که توسط تیم IEP درخواست شده است، در نظر بگیرد. قبل از اینکه منطقه بتواند مدعی دریافت بازپرداخت اینگونه هزینه ها از Medicaid یا FAMIS شود، موافقت والدین ضروریست. صورت حسابها بدون هزینه برای شما صادر می گردد، این صورتحسابها برای بیمه های خصوصی ارسال نخواهد شد و هیچگونه تأثیری در مزایای شما با Medicaid/FAMIS نخواهد داشت. موافقت شما کاملاً داوطلبانه می باشد. اگر شما با این اقدام موافقت نکنید هیچگونه تأثیری در خدماتی که فرزندان دریافت می کند، نخواهد داشت. در صورت هرگونه سوال یا نگرانی لطفاً با شماره 571-423-4098 با مدیر برنامه Medicaid در مدارس دولتی فیرفکس کانتی تماس بگیرید. یا اینکه می توانید به راهنمای اطلاعات مربوط به کسب رضایت والدین برای ارسال صورتحسابها به Medicaid یا FAMIS جهت دریافت خدمات تحت پوشش در IEP یا ضمیمه IEP به لینک زیر مراجعه کنید:

<https://www.fcps.edu/academics/special-education/forms>

ضمانتهای قانونی: من از حق خود در رد درخواست رضایت از مدارس دولتی فیرفکس کانتی (FCPS) برای انتشار اطلاعات در مورد خدمات IEP فرزندم، به منظور درخواست بازپرداخت از Medicaid / FAMIS آگاه هستم. من می دانم که بعنوان بخشی از شرایط باز پرداخت هزینه ها، انتشار کد تشخیص بیماری ضروریست؛ مانند قدرت تکلم، عضلات حرکتی، یا مشکل خاص ذهنی. من آگاه هستم صورتحسابها بدون هیچ هزینه ای برای من صادر می شود. من می دانم که اگر با این برنامه موافقت نکنم این تصمیم من بر روی خدماتی که فرزندم دریافت می کند تأثیری نخواهد داشت. من می دانم که موافقت من داوطلبانه بوده و من هرگاه تصمیم بگیرم می توانم آنرا لغو کنم. من همچنین می دانم که حق دارم یک کپی از سوابقی که در دسترس دیگران قرار گرفته است را دریافت کنم.

من موافقت می کنم FCPS اطلاعات مربوط به تعیین سطح و/ یا حضور فرزندم را در اینگونه خدمات، جهت دریافت بازپرداخت هزینه خدمات یا ارزیابیهایی که بوسیله Medicaid/FAMIS در پرونده IEP فرزندم آمده است، در دسترس پزشکان، سایر ارائه دهنده گان خدمات پزشکی، مراکز خدمات کمکیهای پزشکی DMAS، نمایندگان حسابهای DMAS، و مسئولین صدور مخارج در FCPS قرار دهد.

تاریخ

امضاء ولی (یا دانش آموز 18 سال یا بزرگتر)

من موافقت نمی کنم FCPS اطلاعات فرزندم را در زمینه تعیین سطح و یا حضور در خدمات دریافتی یا ارزیابیهایی که در پرونده IEP او آمده است را جهت دریافت بازپرداخت هزینه های قابل پرداخت بوسیله مؤسسات Medicaid/FAMIS به FCPS، در دسترس این مؤسسات قرار دهد.

تاریخ

امضاء ولی (یا دانش آموز 18 سال یا بزرگتر)