

اسم الطفل	تاريخ الإحالة
-----------	---------------

اسم الوالد

تقترح المنطقة التعليمية العامة إجراء فحص أولي لطفلك لتحديد ما إذا كان يُشتبه في إصابته/إصابته
بإعاقة واحتياجه/احتياجها إلى تقييم متعدد التخصصات.

تقترح المنطقة التعليمية تقييم طفلك بسبب:	سيضمن الفحص: <ul style="list-style-type: none"> • جمع معلومات حول طفلك من خلال إجراء مقابلة (مقابلات) مع الوالدين/مقدم الرعاية • ملاحظات حول طفلك • استخدام أدوات الفحص من جانب موظفين مُدرّبين • مراجعة المعلومات الأخرى المتاحة (مثل السجلات الطبية)
------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

الوقت المطلوب لاستكمال الفحص والتقييم متعدد التخصصات اللاحق، إذا لزم الأمر لتحديد ما إذا كان طفلك يعاني من إعاقة، هو 45 يومًا تقويميًا من وقت استلام "شبكة التنمية المبكرة" طلب الإحالة. إذا كانت هناك ظروف عائلية استثنائية، فقد تتأخر عملية الفحص والتقييم متعدد التخصصات.

بصفتك أحد الوالدين، لديك الحق في:

- طلب إجراء تقييم متعدد التخصصات قبل بدء عملية الفحص أو في أي وقت خلال عملية الفحص.
- طلب إجراء تقييم متعدد التخصصات حتى إذا كانت نتائج الفحص تؤكد عدم الاشتباه في إصابة طفلك بإعاقة.
- ملخص مكتوب لنتائج الفحص.

يتمتع آباء الأطفال الذين يُشتبه في إصابتهم بالإعاقة بالحماية بموجب الضمانات الإجرائية الواردة في قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA). تُقدّم نسخة من "الضمانات الإجرائية للجزء ج"، بالإضافة إلى إجراءات تقديم شكوى وطلب جلسة استماع للإجراءات القانونية الواجبة مع هذا الإشعار.

إذا كنت ترغب في أي وقت في طلب تقييم، أو إذا كانت لديك أسئلة تتعلق بحقوقك، فيمكنك التواصل مع:

اسم جهة الاتصال	في
-----------------	----

معلومات إضافية

يمكنك التواصل مع أي من المصادر التالية لمساعدتك في فهم القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المتعلقة بتعليم الأطفال ذوي الإعاقة وحقوق الوالدين الممنوحة بموجب تلك القوانين. سيُقدّم شرح مجاني يوضح حقوقك من جانب أي من المنظمات التالية:

إدارة التعليم Lincoln (402) 471-2471	الرقم الساخن لخدمات الأشخاص ذوي الإعاقة (800) 742-7594	مؤسسة PTI Nebraska (800) 284-8520
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------	--------------------------------------

الموافقة على الفحص

لقد تلقيتُ/تلقينا نسخة من "إشعار الفحص الأولي للتدخل المبكر"؛ نفهم محتوى "الإشعار" و"نمنح موافقتنا" على الفحص المحدد في "الإشعار". أنا/نحن نفهم أن هذه الموافقة هي موافقة طوعية ويمكنني/يمكننا سحب موافقتنا في أي وقت. إذا سحبنا/سحبنا الموافقة، فأنا أفهم/نفهم أن هذا السحب ليس بآثر رجعي.

التاريخ	توقيع الوالد (الوالدين)
عند الانتهاء من الفحص، سيتم التواصل معك بخصوص النتائج. إذا كانت هناك حاجة إلى تقييم إضافي لتحديد ما إذا كان طفلك يعاني من إعاقة، فسوف تكون موافقتك على إجراء تقييم متعدد التخصصات مطلوبة، وبعد استلام موافقتك الكتابية، يجب إكمال التقييم خلال 45 يومًا تقويميًا من استلام "شبكة التنمية المبكرة" للإحالة.	
لا تمنح الموافقة على الفحص	
لقد تلقيتُ/تلقينا نسخة من "إشعار الفحص الأولي للتدخل المبكر"؛ نفهم محتوى "الإشعار" و"لا نمنح موافقتنا" على الفحص المحدد في "الإشعار".	
التاريخ	توقيع الوالد (الوالدين)
لقد تلقيتُ/تلقينا نسخة من "إشعار الفحص الأولي للتدخل المبكر"، ونفهم محتوى "الإشعار" و"لا نمنح موافقتنا" على الفحص المحدد في "الإشعار"، ونطلب إجراء تقييم متعدد التخصصات بدلاً من ذلك. أفهم/نفهم أنه يجب علي/علينا تقديم موافقة كتابية لإجراء تقييم متعدد التخصصات ويجب إكمال التقييم متعدد التخصصات خلال 45 يومًا تقويميًا من استلام "شبكة التنمية المبكرة" للإحالة.	
التاريخ	توقيع الوالد (الوالدين)