

Fairfax County Public Schools
Individualized Education Program
Prior Notice and Consent
(التبليغ المسبق وأستمارة منح الموافقة)

أسم الطالب _____ الرقم التعريفي _____ تاريخ الاجتماع _____

التبليغ المسبق بأجتماع فريق عمل برنامج IEP وقرار تحديد المكان الدراسي

توترح مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS) تنفيذ برنامج IEP والقرار المتخذ بشأن تحديد المكان الدراسي كما هو مدون. يتيح برنامج IEP المقترح وقرار تحديد المكان الدراسي المجال للطالب للحصول على تعليم حكومي مجاني مناسب في البيئة التعليمية الأقل تقييداً. يستند هذا القرار على مراجعة للسجلات والتقييمات الحالية، وأداء الطالب كما هو موثق في مستوى الأداء الحالي. سيتم تدوين أي خيارات أخرى توضع بنظر الاعتبار، إن وجدت، وسبب رفضها على التبليغ الخطي المسبق المرفق طياً (IEP 220). بالإضافة الى ذلك، تم توضيح العوامل الأخرى ان وجدت والمتعلقة بهذا الاقتراح في إستمارة المعلومات المتعلقة بمستوى الأداء التعليمي الحالي لبرنامج IEP/الراهن. تم تزويدك بنسخة من إجراءات الحماية التي تفسر حقوقك عندما تم تبليغك بالأجتماع لوضع برنامج IEP الحالي. إذا كنتم بحاجة الى مساعدة في فهم هذه المعلومات، يرجى الاتصال بمكتب تطبيق الإجراءات القانونية وتحديد الأهلية على الرقم 571-423-4470.

_____ يدل التوقيع بالأحرف الأولى هنا على قيام أحد الوالدين بقراءة التبليغ المسبق أعلاه، بالإضافة الى الخيارات الأخرى المأخوذة بنظر الاعتبار والعوامل الأخرى المتعلقة بالاقتراح إن وجدت قبل منح الأذن لتنفيذ برنامج IEP الحالي وقرار تحديد المكان الدراسي.

يُطلب توقيع أحد الوالدين و/أو الطالب بالأحرف الأولى على أستلام ما يلي:

• **كتيب سن الرشد** (يجب أن يعطى في أجتماع IEP في عيد ميلاد الطالب 17 أو قبل بلوغه ذلك السن مباشرة) توقيع الطالب

بالأحرف الأولى _____

توقيع أحد الوالدين بالأحرف الأولى _____

• **معلومات خيارات ومتطلبات الحصول على الشهادة الثانوية ومعلومات السنة الدراسية الممددة**

توقيع أحد الوالدين بالأحرف الأولى _____

توقيع الطالب بالأحرف الأولى (18 عام أو أكثر) _____

موافقة أحد الوالدين

أنا أوافق على محتويات برنامج IEP الحالي. أستلمت نسخة من متطلبات إجراءات الحماية المتعلقة بالتعليم الخاص في ولاية فرجينيا بموجب قانون التعليم للأفراد المعاقين. لقد أتاحت لي فرصة المشاركة في أعداد برنامج IEP الحالي.

التاريخ _____

توقيع أحد الوالدين (أو الطالب الذي عمره 18 سنة أو أكثر) _____

أنا لا أوافق على محتويات برنامج IEP الحالي. أستلمت نسخة من متطلبات إجراءات الحماية المتعلقة بالتعليم الخاص في ولاية فرجينيا بموجب قانون التعليم للأفراد المعاقين. لقد أتاحت لي فرصة المشاركة في أعداد برنامج IEP الحالي.

التاريخ _____

توقيع أحد الوالدين (أو الطالب الذي عمره 18 سنة أو أكثر) _____

يتم الإفصاح عن المعلومات المأخوذة من ملف الطالب المدرسي في مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية بشرط أن يوافق الطرف المستفيد على عدم السماح لأي طرف آخر بالحصول على تلك المعلومات دون إستحصال موافقة خطية من أحد الوالدين أو من الطالب المؤهل لإعطاء مثل هذه الموافقة.

موافقة أحد الوالدين على ارسال الفاتورة الى Medicaid و FAMIS لدفع الأجر لقاء الخدمات المشمولة

إذا أصبح طفلك الآن أو في وقت لاحق مؤهلاً للحصول على خدمات Medicaid (برنامج المساعدة الطبية) أو برنامج (FAMIS) (المدخل الأسري للحصول على خدمات التأمين الطبي المضمون)، أو تم تقييمه أو هو يستلم أو تم الأخذ بنظر الاعتبار حصوله على الخدمات المشمولة المدونة في برنامج التعليم المنفرد (IEP)، فبإمكان الحكومة الفدرالية مساعدة مديرية التربية في الدفع لقاء تقديم هذه الخدمات المشمولة. كما يمكن لفريق IEP أيضاً النظر بعين الاعتبار في التقييمات المطلوب القيام بها كجزء من عملية تحديد الأهلية بشكل ميدني أو إعادة التقييم أو التقييمات اللاحقة التي طلبها فريق عمل IEP. مطلوب موافقة أحد الوالدين قبل طلب مديرية التربية الحصول على تعويض من Medicaid أو FAMIS عن المبالغ المدفوعة. يتم ارسال الفواتير دون تكلفة عليك، ولن يتم ارسال الفواتير لشركات التأمين الخاصة كما لن تتأثر المنافع التي تحصل عليها من Medicaid/FAMIS. موافقتك طوعية بالكامل في هذا الشأن. إذا لم تعطي موافقتك، فلن يؤثر هذا الأمر على توفير الخدمات لطفلك. إذا كان لديكم أي أسئلة أو استفسارات يرجى الاتصال بمدير برنامج Medicaid في مدارس FCPS على رقم الهاتف 571-423-4098. أو الاطلاع على دليل المعلومات للحصول على موافقة أحد الوالدين لارسال فواتير الخدمات الى Medicaid أو FAMIS فيما يتعلق بالخدمات المشمولة الموضحة في برنامج IEP أو ملحق IEP على الرابط: <https://www.fcps.edu/academics/special-education/forms>.

إجراءات الحماية: أنا أفهم حقوقي في رفض تقديم موافقتي الى مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS) للأفصاح عن المعلومات فيما يتعلق بخدمات IEP الخاصة بطفلي لغرض المطالبة بدفع تعويض من خلال Medicaid/FAMIS. أنا أفهم بأنه مطلوب توفر تكليف يتعلق برمز التشخيص كجزء من التعويض عن الخدمة المقدمة، أي بمعنى اللغة التعبيرية، أو المهارات الحركية، أو حالة صحية عقلية خاصة. أنا أفهم بأن دفع الفواتير يكون بدون تكلفة من جانبي. أنا أفهم بأنني لو لم أختار إعطاء موافقتي فلن يؤثر قراري على توفير الخدمات لطفلي. أنا أفهم بأن موافقتي طوعية ويمكن سحبها في أي وقت. كما أفهم بأن لدي الحق في طلب نسخة من السجلات التي تم الإفصاح عنها.

أنا أعطي موافقتي لمدارس FCPS بالإفصاح عن المعلومات حول مكان طفلي التعليمي و/أو المشاركة في الخدمات أو التقييمات الخاصة بمشاركة الأطباء، مقدمي خدمات الرعاية الصحية الآخرين، قسم خدمات المساعدة الطبية (DMAS)، وكلاء دفع فواتير DMAS، وكلاء دفع فواتير مدارس FCPS من أجل معالجة مطالبات التعويض من Medicaid/FAMIS للخدمات أو التقييمات المشمولة الموضحة في برنامج IEP.

التاريخ

توقيع أحد الوالدين (أو الطالب الذي عمره 18 سنة أو أكثر)

أنا لا أعطي موافقتي لمدارس FCPS بشأن الإفصاح عن المعلومات حول مكان طفلي التعليمي و/أو المشاركة في الخدمات أو التقييمات من أجل استلام مدارس FCPS التعويض عن الخدمات أو التقييمات الموضحة في برنامج IEP التي تغطيها برامج Medicaid/FAMIS.

التاريخ

توقيع أحد الوالدين (أو الطالب الذي عمره 18 سنة أو أكثر)