



မိဆူရီမူလတန်းနှင့် အလယ်တန်းပညာရေးဌာန  
အထူးပညာရေးရုံး - FIRST STEPS PROGRAM



### ကိုယ်ပိုင်အာမခံကို အသုံးပြုရန် သဘောတူ ခွင့်ပြုချက်

ကလေးနာမည်	မွေးသက္ကရာဇ်	အာမခံရုံးအမည်	ပြီးဆုံးသောနေ့
-----------	--------------	---------------	----------------

#### ညွှန်ကြားချက်များ

မိဘများကို First Steps မှ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေပေးချေရာတွင် ကူညီရန် ကိုယ်ပိုင်အာမခံ ကိုအသုံးပြုခြင်း သဘောတူခွင့်ပြုချက် မယူခင် နှင့် First Steps မှ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သဘောတူခွင့်ပြုချက်များ မရယူခင် **မိဆူရီ အခကြေးငွေ ပေါ်လစီစနစ် (First Steps System of Payments Policy)** မိတ္တူအားပေးပါမည်။

မိဘများ၏ သဘောတူညီခွင့်ပြုချက်ဖြင့် အောက်ပါ First Steps မှ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကိုယ်ပိုင်အာမခံမှ ငွေပေးချေရာ တွင် ကူညီပါမည်။  
လူ့ချို့ယွင်းချက်များအတွက် အသုံးပြုသည့်ပစ္စည်းများ (Assistive Technology devices)၊ အလုပ်အကိုင်နှင့်ဆိုင်သောကုထုံး (Occupational Therapy)၊ ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ရောဂါကုထုံး (Physical Therapy)၊ စကားပြောခြင်း/ ဘာသာစကားနှင့်ဆိုင်သော ရောဂါပေဒ (Speech/Language Pathology)။

First Steps မှ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကိုယ်ပိုင်အာမခံမှငွေပေးချေကာ ကူညီခြင်းမပြုလုပ်မီ မိဘများက ဤဖောင်ပုံစံအား လက်မှတ်ထိုး ရက်စွဲတပ်ကာ ဝန်ဆောင်မှုစီစဉ်သူအား ပြန်လည်ပေးရမည် ဖြစ်သည်။ ဝန်ဆောင်မှုစီစဉ်သူ၏ ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များမှာ အောက်တွင်ပါရှိပါသည်။

#### အာမခံအချက်အလက်(အာမခံကဒ်ပြား၏ မိတ္တူရရှိသောအခါ မလိုအပ်ပါ)

အာမခံရုံးအမည်	အာမခံကဒ်တွင် ဖော်ပြထားသည်မှာ အပြည့်အဝအာမခံ? <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		
အဖွဲ့အမည်	အဖွဲ့နံပါတ်	ပေါ်လစီငွေတောင်းခံလွှာအော်ဒါ <input type="checkbox"/> ပထမအဆင့် <input type="checkbox"/> ဒုတိယအဆင့်	
ပေါ်လစီကိုယ်ဆောင်သူ နာမည်	ပေါ်လစီ/အဖွဲ့ ID	ပေါ်လစီ စတင်သောရက်စွဲ	

#### သဘောတူခွင့်ပြုခြင်းအတွက် အကြောင်းပြချက်

First Steps မှ သင့်ကိုယ်ပိုင်အာမခံအား အသုံးမပြုခင် မိဘများ၏ သဘောတူခွင့်ပြုရန် အောက်ပါ အကြောင်းပြချက်များအတွက် လိုအပ်ပါသည်။  
 ဝန်ဆောင်မှုအသစ်လုပ်ပိုင်ခွင့်  ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ပိုင်ခွင့် တိုးခြင်း  အာမခံရုံးပြောင်းခြင်း သို့မဟုတ် ရွေးကောက်ပွဲကုမ္ပဏီပြောင်းလဲခြင်း

#### မိသားစုတစ်ခုချင်းအတွက် ဝန်ဆောင်မှုစီမံကိန်း (IFSP) တိုက်ရိုက်ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ပိုင်ခွင့်များ

ဝန်ဆောင်မှု အမျိုးအစား	ဝန်ဆောင်မှု အကြိမ်အရေအတွက်	စတင်သည့် ရက်စွဲ	ပြီးဆုံးသည့် ရက်စွဲ

#### သဘောတူခွင့်ပြုချက်

လက်မှတ်ရေးထိုးသောရက်စွဲမှ အထက်ပါအချက်အလက်များ တိကျကြောင်း တရားဝင်ပြောကြားပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့တွင် **First Steps အခကြေးငွေပေါ်လစီစနစ် (First Steps System of Payments Policy)** မိတ္တူအား ရရှိထားကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။ ပေါ်လစီအား ပြန်လည်ဆန်းစစ်ပြီးနောက် ရွေးပိုင်ခွင့်များမှ အောက်ပါတို့ကို ရွေးပါသည်။

- ကိုယ်ပိုင်အာမခံကို အသုံးပြုရန်သဘောတူခွင့်ပြုသည် (ပေါ်လစီကိုင်ဆောင်သူ၏ မွေးနေ့သက္ကရာဇ်မှာ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)
- ကိုယ်ပိုင်အာမခံကို အသုံးပြုရန်သဘောတူခွင့်ပြုခြင်းကို ငြင်းပယ်သည်  NA ကျွန်ုပ်တို့ ကိုယ်ပိုင်အာမခံမရှိပါ

မိဘ၏ ထိုးမြဲလက်မှတ်	လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်ရက်စွဲ
ပုံနှိပ်စာလုံးဖြင့် မိဘ၏နာမည်	

#### ဝန်ဆောင်မှုစီစဉ်သူ

ဝန်ဆောင်မှုစီစဉ်သူ၏ နာမည် နှင့် နေရပ်လိပ်စာ	ဝန်ဆောင်မှုစီစဉ်သူ၏ ဖုန်းနံပါတ်
ကိုယ်စားပြုဌာန၏ ထိုးမြဲလက်မှတ်	ဌာနမှ လက်ခံရရှိသော ရက်စွဲ

မူလတန်းနှင့်အလယ်တန်းပညာရေးဌာနမှာ ၎င်းပရိုဂရမ်နှင့် လှုပ်ရှားမှုများတွင် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာ၊ လိင်၊ မူရင်းနိုင်ငံသား၊ အသက်သို့မဟုတ် ချို့ယွင်းချက် စသည့်အချက်များပေါ်၌မူတည်၍ ခွဲခြားခြင်းမပြုလုပ်ပါ။ ဌာနမှပရိုဂရမ်များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုနေရာ၊ လှုပ်ရှားမှုများနှင့် အဆောက်အအုံများသို့ ချို့ယွင်းချက်ရှိသောသူများ သွားရောက်နိုင်ရန် စုံစမ်းမေးမြန်းလိုပါက Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6<sup>th</sup> Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480သို့လမ်းညွှန်ပါသည်။ ဖုန်းနံပါတ် 573-526-4757 သို့မဟုတ် TTY 800-735-2966; အီးမေးလ် [civilrights@dese.mo.gov](mailto:civilrights@dese.mo.gov).  
MO 500-2996 (Rev 03/16)