मिसौरी डिपार्टमेन्ट अफ एलिमेन्टरी एण्ड सेकेन्डरी एजुकेशन
अफिस अफ स्पेशल एजुकेशन (विशेष शिक्षा कार्यालय) - FIRST STEPS कार्यक्रम

जानकारीको खुलासा

बच्चाको नाम	जन्म मिति	पूरा गरिएको मिति

निर्देशनहरू

सिस्टम पोइन्ट अफ इन्ट्री (SPOE) ले बच्चा वा परिवारको व्यक्तिगत रूपमा पहिचानयोग्य जानकारीको लागि अनुरोध गर्नु अघि वा सो जानकारीलाई First Steps कार्यक्रम बाहिरका कसैसँग पनि साझा गर्नु पूर्व अभिभावकको सहमति आवश्यक हुन्छ।

सेवा संयोजकले अभिभावकहरूलाई यो फारामको प्रत्येक खण्डको बारेमा बुझाउनुपर्छ जसले गर्दा अभिभावकहरूले तल उल्लिखित व्यक्ति/एजेन्सीबाट के जानकारी अनुरोध गर्ने वा उनीहरूसँग के जानकारी साझा गर्ने भन्ने कुराको निर्णय गर्न सक्नेछन्। अभिभावकको निर्णयको आधारमा, सेवा संयोजकले ठीक बाकसहरूमा चिन्ह लगाउनेछ।

बच्चा वा परिवारको जानकारीको लागि अनुरोध गर्नु वा सो जानकारी साझा गर्नु पूर्व अभिभावकहरूले यो फाराममा मिति सहितको हस्ताक्षर गरी सेवा संयोजकलाई फिर्ता गर्नुपर्छ। सेवा संयोजकको सम्पर्क जानकारी तल दिइएको छ।

उद्देश्य:

First Steps SPOE _____ ले निम्न व्यक्ति/एजेन्सीलाई सम्पर्क गर्न सक्नेछ:

व्यक्ति/एजेन्सीको नाम	फोन नम्बर/फोन नम्बर

मेरो बच्चा र परिवारको जानकारीलाई: (एउटामा चिह्न लगाउनुहोस्)

- ☐ First Steps SPOE र बाहिरी व्यक्ति/एजेन्सीसँग साझा गर्न सकिनेछ
- ☐ बाहिरी व्यक्ति/एजेन्सीबाट अनुरोध गर्न सकिनेछ
- ☐ First Steps SPOE द्वारा बाहिरी व्यक्ति/एजेन्सीलाई साझा गर्न सकिनेछ

यो सम्पर्कको उद्देश्य निम्न कुरामा सहायता गर्नु हो:

- ☐ First Steps को लागि योग्यता निर्धारण
- ☐ वैयक्तिक परिवार सेवा योजना (IFSP) को विकास
- ☐ बच्चाको सेवाहरू र प्रगति
- ☐ प्रारम्भिक बाल्यावस्था विशेष शिक्षा (ECSE) मा परिवर्तन
- ☐ अन्य: _____

जानकारीको प्रकार

अनुरोध वा साझा गरिने जानकारीको प्रकार:

- ☐ बच्चाको सम्पूर्ण प्रारम्भिक व्यवधान अभिलेख

वा तल निश्चित अभिलेखहरू इंगित गर्नुहोस्:

- ☐ स्वास्थ्य तथा चिकित्सकीय अभिलेखहरू। उल्लेख गर्नुहोस्: _____
- ☐ IFSP
- ☐ मूल्याङ्कन तथा आकलन प्रतिवेदनहरू। उल्लेख गर्नुहोस्: _____
- ☐ प्रदायकको प्रोग्रेस नोटहरू (रोग विषयक स्थिति वा उपलब्धीहरूको विवरण)
- ☐ ECSE योग्यताको प्रलेखन
- ☐ First Steps योग्यता थाहा नभएको अवस्थाका लागि निर्देशिका जानकारी
- ☐ First Steps मा सिफारिस गरिएको मिति (_____) तेस्रो जन्मदिनभन्दा 90 दिन अगाडि पर्छ? पर्छ ☐ पर्दैन ☐
- ☐ अन्य: _____

डिपार्टमेन्ट अफ एलिमेन्टरी एण्ड सेकेन्डरी एजुकेशन (प्राथमिक तथा माध्यमिक शिक्षा विभाग) ले यसका कार्यक्रम तथा क्रियाकलापहरूमा जाति, रङ, धर्म, लिङ्ग, राष्ट्रिय मूल, उमेर, वा अपाङ्गताको आधारमा भेदभाव गर्दैन। डिपार्टमेन्टका कार्यक्रमहरू र सेवा, क्रियाकलाप, र सुविधाहरू उपलब्ध गराइने स्थानको सम्बन्धमा कुनैपनि प्रश्न भएमा, तिनीहरूलाई यहाँ निर्देशित गर्न सकिन्छ: Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; टेलिफोन नम्बर 573-526-4757 वा TTY 800-735-2966; इमेल civilrights@dese.mo.gov.

बच्चाको नाम	जन्म मिति

सहमतिका शर्तहरू

यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर मैले बुझेको छु कि:

- मसँग साझा गरिएका वा प्राप्त भएका जानकारी बारे निरीक्षण गर्ने र प्रतिलिपि अधिकार छ।
- व्यक्ति/एजेन्सीबाट प्राप्त जानकारी प्रारम्भिक बाल व्यवधान अभिलेखको हिस्सा हुन्छ।
- First Steps मा पठाइएका सबै रेकर्डहरू पारिवारिक शैक्षिक अधिकार तथा गोपनीयता ऐन (FERPA) को अनुमति अनुरूप First Steps द्वारा पुन: खुलासा गरिनेछ।
- यदि मैले मेडिकल जानकारी अनुरोधमा मेरो मञ्जुरी नदिएमा, First Steps SPOE ले उपलब्ध जानकारीको आधारमा योग्यता र/वा सेवाहरू निर्धारण गर्नेछ।
- यदि मेरो बच्चा First Steps कार्यक्रममा सहभागी हुन योग्य भएमा, मैले जानकारी खुलासामा हस्ताक्षर नगरेता पनि म अझैपनि नामांकित हुनेछु र सेवाहरू प्राप्त गर्नेछु।
- खुलासा गरिएको जानकारीमा वंशाणुगत परीक्षण, मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू, एक्वायर्ड इमिन्यू डिफिसेन्सी सिण्ड्रोम (AIDS), ह्युमन इमुनोडिफिसेन्सी भाइरस (HIV), वा लागूपदार्थ दुर्व्यसनी उपचार सम्बन्धी जानकारी समावेश हुनसक्छन्।
- मसँग यो खुलासा मञ्जुरी कुनैपनि समयमा रद्द गर्ने अधिकार छ। म बुझ्दछु कि यदि मैले यो खुलासा मञ्जुरी रद्द गरेमा, मैले यसलाई लिखित रूपमा गर्नुपर्छ र यस खुलासा मञ्जुरी रद्द गर्ने मेरो लिखित बयानलाई मैले सेवा संयोजकलाई पेश गर्नुपर्छ। म यो पनि बुझ्दछु कि यस खुलासा मञ्जुरी रद्द गर्नुपूर्व पहिले नै कार्यान्वयनमा आएका कार्यावाहीहरूमा कुनै प्रभाव पर्नेछैन।

यस जानकारी खुलासा मैले समाप्ति मिति नतोक्दासम्म मेरो बच्चाले First Steps सेवाहरू प्राप्त गर्दासम्म प्रभावकारी हुनेछ।	समाप्ति मिति

मञ्जूरी

म बुझ्दछु कि, यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर, यस फाराममा उल्लेखित जानकारी अनुरोध वा साझा गर्न म मेरो इच्छा अनुरूप मञ्जुरी प्रदान गर्छु।

अभिभावकको हस्ताक्षर	अभिभावकले हस्ताक्षर गरेको मिति

स्पष्ट अक्षरमा अभिभावकको नाम

सेवा संयोजक

सेवा संयोजकको नाम	सेवा संयोजकको फोन नम्बर
एजेन्सीको नाम र ठेगाना	एजेन्सीको फ्याक्स नम्बर

SPOE को प्रयोजनको लागि मात्र

एजेन्सी प्रतिनिधिको हस्ताक्षर	एजेन्सीद्वारा प्राप्त गरिएको मिति