



조기 개입 서비스 - 조치 통지서

날짜:

수신: 이름
주소
시/주/우편번호

의뢰인 이름:
회원 ID 번호:

_____ 귀하,

_____의 영유아 단체

_____ 일자로 효력을 발생하는 다음과 같은 조치를 취합니다:

본 결정에 대한 근거는 다음과 같습니다:

시스템 사정 상 초기 IFSP를 시작하는 데 허용된 45일을 초과했다.

시스템 사정 상 IFSP에 포함된 한 가지 이상의 서비스를 시작하기 위해 IFSP에 서명한 이후로 30일 이상이 소요되었다.

위 결정과 실행 조치에 동의하지 않는 경우 항소를 요청할 수 있습니다.

항소를 요청하려면 본 통신문에 표시된 날짜로부터 30일 이내에 서면 통지문과 함께 동의하지 않는 조치 사항을 보내주십시오. 귀하는 서신 또는 항소 요청 양식을 작성할 수 있습니다. 양식은 담당 서비스 조정관, 의료지원서비스국(Department of Medical Assistance Service) 웹사이트(www.dmas.virginia.gov), 버지니아주 영유아 단체 웹사이트(www.infantva.org), Part C 절차적 보호 전문가(Procedural Safeguard Specialist)(전화: (804) 786-3710)로부터, 또는 (804) 371-8488로 전화하면 구할 수 있습니다.

항소 요청서를 작성할 경우 항소 사유와 검토 요청 사항에 대해 구체적으로 명시하십시오. 부모사전통지서 양식을 수령한 경우, 이 양식에 항소 요청 사항을 기입하십시오.

항소 요청서에 서명한 후 다음 주소로 우편으로 발송하거나 팩스로 보내주시시오:

APPEALS DIVISION
Department of Medical Assistance Services (DMAS)
600 E. Broad Street, Suite 1300
Richmond, VA 23219
FAX: (804) 371-8491

장애인교육법(IDEA) Part C 조항에 따라 귀하께서는 이의 사항의 해결을 위해 행정심판(Administrative Complaint), 중재(Mediation), 및/또는 적법 절차에 의한 청문회(Due Process Hearing)를 요청할 권리도 부여되어 있습니다. 이에 대해서는 아래의 연락처로 문의해 주십시오:

Procedural Safeguard Consultant
Infant & Toddler Connection of Virginia
PO Box 1797
Richmond VA 23218
(804) 786-3710
(FAX) (804) 371-7959

이러한 분쟁 해결 방법에 대한 자세한 내용은 가족 부담 비용에 대한 사실을 포함한 아동 및 가족 권리 보호 조항에 관한 통지에 제공되어 있습니다.

본 통지서의 조치에 대한 문의사항은 _____(으)로 전화하면 저와 직접 통화하실 수 있습니다.

감사합니다.

이름
직함
_____ 영유아 단체

동봉:
가족 부담 비용에 대한 사실(Facts About Family Cost Share)을 포함한 아동 및 가족 권리 보호 조항에 관한 통지.