વિકાસલક્ષી વિકલાંગતા ધરાવતા 18 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના બાળકો માટે પાત્રતાના નિર્ધારણ માટેની અરજી

ફોર્મ A: અરજદારની માહિતી અને સ્પષ્ટીકરણ

આ ફોર્મ બાળક અને બાળકના લાભો, શિક્ષણ અને સેવાઓ વિશેની માહિતી એકત્ર કરે છે. તે બાળક વતી અરજી દાખલ કરનાર વ્યક્તિની માહિતી પણ એકત્રિત કરે છે.

આ ફોર્મના પ્રથમ ભાગમાં બાળક માટે અરજી દાખલ કરનાર વ્યક્તિ દ્વારા સહી કરવી આવશ્યક છે. આ માતા-પિતા, કાનૂની વાલી અથવા અન્ય વ્યક્તિએ કાયદેસર રીતે આવું કરવાની મંજૂરી આપવી જોઈએ.

તમે માહિતી ભેગી કરી શકો છો અને આ અરજી ભરવા માટે મિત્ર, કુટુંબના સભ્ય, બાળકની શાળા અથવા ડોકટરો અથવા પરિવારોને સેવાઓ મેળવવામાં મદદ કરતી કોઈપણ સંસ્થા પાસેથી મદદ મેળવી શકો છો.

ન્યૂ જર્સી રાજ્ય - Department of Children and Families

સ્પષ્ટીકરણ

સંશોધિત કાનૂન, સ્ટેટ ઑફ ન્યુ જર્સી, કલમ 30:4-25.2 અને કલમ 30:4C-4.4 અનુસાર, ડિવિઝન ઓફ ચિલ્ડ્રન્સ સિસ્ટમ ઓફ કેર (CSOC) દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ માટેની પાત્રતા નક્કી કરવા માટે Department of Children and Families ના કમિશનરને અરજી કરવામાં આવી રહી છે:

નામ: _____

પ્રથમ નામ મધ્ય આદ્યાક્ષર અટક

જન્મ તારીખ: _____

આ અરજી પર સહી કરીને, હું એ પણ જાહેર કરું છું કે:

1. અરજદાર, અને/અથવા તેના માતા-પિતા અથવા કાનૂની વાલી અસ્થાયી હેતુ સિવાયના અન્ય હેતુઓ માટે ન્યુ જર્સીના નિવાસી છે અને N.J.A.C.10:196 અનુસાર રાજ્યમાં તેનું પ્રાથમિક નિવાસસ્થાન ધરાવવાનો ઈરાદો વ્યક્ત કર્યો છે.
2. આ અરજી અને તેની સાથે દાખલ કરેલા તમામ ફોર્મ શક્ય તેટલી ચોક્કસ રીતે પૂર્ણ કરવામાં આવે છે
3. હું સમજું છું કે મારી પાસે N.J.A.C. 10-196-5.1 અનુસાર અયોગ્યતાના નિર્ણય માટે અપીલ કરવાની તક છે, અને
4. હું સમજું છું કે જો અરજદાર CSOC સેવાઓ માટે લાયક જણાય છે અને ઘરની બહારની સેવાઓ માટે વિનંતી કરે છે, તો તેણે ઘરની બહાર સેવાઓ પૂરી પાડવામાં આવે તે પહેલાં N.J.A.C.10:46D અનુસાર તમામ નાણાકીય માહિતી પ્રદાન કરવી જરૂરી રહેશે.

ઉપર દર્શાવેલ અરજદાર સાથેના સંબંધના આધારે આ અરજી R.S. 30: 4-25.2 હેઠળ કરવામાં આવી છે:

☐ માતાપિતા ☐ સગીર (બાળક) ના કાનૂની વાલી

☐ સગીર પર અધિકારક્ષેત્ર ધરાવતી અદાલત ☐ સગીરની કસ્ટડી ધરાવતી અને તેની સંભાળ રાખતી એજન્સી

_____

સહી

_____

તારીખ

_____

નામ

_____

શીર્ષક, જો એજન્સી અથવા કોર્ટના પ્રતિનિધિ

વિભાગ 1: બાળકની માહિતી અને નાગરિકતાની સ્થિતિ

સૂચનાઓ: કૃપા કરીને બાળક વિશે નીચેની માહિતી ભરો. કૃપા કરીને નોંધ કરો કે અરજી કરવા માટે તમારે બાળક અથવા બાળકના માતા-પિતા/કાનૂની વાલી U.S. નાગરિક અથવા કાયમી નિવાસી હોવાનો પુરાવો આપવો આવશ્યક છે.

બાળકનું નામ: _____
પ્રથમ નામ મધ્ય આદ્યાક્ષર અટક

બાળકનું સરનામું: _____
શેરી એપાર્ટમેન્ટ નંબર

_____
શહેર રાજ્ય પિન કોડ

લિંગ: ☐ પુરુષ ☐ સ્ત્રી

જન્મતારીખ (મમ/દીદી/વવવવ): _____

શું બાળક U.S. ના નાગરિક છે? ☐ હા ☐ ના **જો ના,** કાયમી નિવાસની સમાપ્તિ તારીખ (મમ/તત/વવ): _____

શું બાળક હાલમાં નિવાસી કાર્યક્રમમાં રહે છે? ☐ હા ☐ ના

જો હા, તો કૃપા કરીને નીચે પૂર્ણ કરો:

નિયુક્તિનો પ્રકાર: _____

પ્રદાતાનું નામ અને સ્થાન: _____

_____

ભંડોળ સ્ત્રોત: _____

નિયુક્તિની તારીખ (મમ/તત/વવ): _____

વર્તમાન વસવાટ પરિસ્થિતિનું વર્ણન કરો:

_____

_____

શું યુવક હાલમાં DCP&P (બાળ સંરક્ષણ અને સ્થાયીતા વિભાગ) સાથે સંકળાયેલા છે? ☐ હા ☐ ના

બાળકની પ્રાથમિક ભાષા: ☐ અંગ્રેજી ☐ સ્પેનિશ ☐ અન્ય: _____

વૈકલ્પિક:

વંશીયતા: ☐ હિસ્પેનિક/લેટિનો ☐ નોન-હિસ્પેનિક/લેટિનો

જાતિ: ☐ શ્વેત ☐ અશ્વેત અથવા આફ્રિકન અમેરિકન ☐ અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કા મૂળ
☐એશિયન ☐ મૂળ હવાઇયન અથવા અન્ય પેસિફિક આઇલેન્ડર

વિભાગ 2: માતા-પિતા અથવા કાનની વાલીની નાગરિકતા, નિવાસની સ્થિતિ અને સંપક પસંદગી

સૂચનાઓ: અરજીનો આ વિભાગ ફોર્મ ભરતી વ્યક્તિ, સંપર્ક પસંદગીઓ અને તમારી પાસે વકીલ છે કે પછી કોઈ અન્ય વ્યક્તિ અરજી પૂર્ણ કરવામાં તમારી મદદ કરે છે તે વિશેની માહિતી એકત્રિત કરે છે. નોંધ કરો કે આ અરજી રજૂ કરવા માટેની કાનૂની સત્તા ધરાવતી વ્યક્તિ દ્વારા અરજી રજૂ કરવી આવશ્યક છે (સ્પષ્ટીકરણમાં દર્શાવેલ વ્યક્તિ), પરંતુ કોઈ વ્યક્તિ તમને મદદ કરે તેને તમે સહર્ષ સ્વીકારી શકો છો.

કૃપા કરીને સૂચવો કે બાળક માટે આ દસ્તાવેજ કોણ દાખલ કરી રહ્યું છે:

☐ માતા-પિતા ☐ કાનૂની વાલી ☐ બાળ સુરક્ષા અને સ્થાયીતા વિભાગ (DCP&P)

નામ: _____
પ્રથમ નામ મધ્ય આદ્યાક્ષર અટક

સરનામું: _____
શેરી એપાર્ટમેન્ટ નંબર

_____
શહેર રાજ્ય પિન કોડ

પ્રાથમિક ટેલિફોન: _____ વૈકલ્પિક ટેલિફોન: _____

સંપર્ક માટે પસંદગીનો ટેલિફોન નંબર: ☐ પ્રાથમિક ☐ બીજું

માત્ર કોર્ટ/એજન્સી અરજદાર: શું બાળકનું સરનામું અને માતા-પિતા/કાનૂની વાલીનું સરનામું એક જ છે? ☐ હા ☐ ના

જો ના, તો કૃપા કરીને માતા-પિતા/કાનૂની વાલીનું સરનામું નીચે આપો:

સરનામું: _____
શેરી એપાર્ટમેન્ટ નંબર

_____
શહેર રાજ્ય પિન કોડ

માતા-પિતા અથવા વાલીની સ્થિતિના આધારે આ પ્રશ્નોના જવાબ આપો:

શું બાળકના માતા-પિતા અથવા કાનૂની વાલી U.S. નાગરિક અથવા કાયમી નિવાસી છે? ☐ હા ☐ ના

શું બાળકના માતાપિતા અથવા કાનૂની વાલી NJ નિવાસી છે? ☐ હા☐ ના

તમારે માતા-પિતા/કાનૂની વાલીના NJ ના નિવાસનો પુરાવો દાખલ કરવો આવશ્યક છે. નાગરિકતાનો પુરાવો માત્ર માતા-પિતા અથવા બાળક માટે જ જરૂરી છે, બંને માટે નહીં.

જો તમારી અરજી વિશે કોઈ પ્રશ્નો હોય, તો સંપર્ક કરવા માટે તમારી પસંદગીની પદ્ધતિ કઈ છે?

☐ મેઈલ ☐ ટેલિફોન

કૉલ કરવાનો શ્રેષ્ઠ સમય: ☐સવારે ☐ બપોરે ☐ સાંજે

શું તમારી પાસે કોઈ ડૉક્ટર, થેરાપિસ્ટ, કેર મેનેજર અથવા સામુદાયિક સેવાઓની એજન્સી છે જે તમને આ અરજી પૂર્ણ કરવામાં સહાયતા કરે છે?
☐ હા ☐ ના

જો હા, તો કૃપા કરીને નીચે સંસ્થાનું નામ અને વિગતો આપો:

નામ: _____

સંસ્થા: _____

પ્રાથમિક ટેલિફોન: _____

સરનામું: _____
શેરી એપાર્ટમેન્ટ નંબર

_____
શહેર રાજ્ય પિન કોડ

નીચેનો વિભાગ ઇરાદાપૂર્વક ખાલી છોડવામાં આવ્યો છે અને ભવિષ્યના ઉપયોગ માટે આરક્ષિત છે. કૃપા કરીને આગલા પૃષ્ઠ પર ચાલુ રાખો.

વિભાગ 3: બાળકનો વર્તમાન વીમો અને લાભોની માહિતી

1. બાળકનો વર્તમાન આરોગ્ય વીમો (જે લાગુ થાય છે તે તમામ પસંદ કરો):

☐ NJ ફેમિલીકેર સભ્યપદ નંબર: _____

☐ NJ Medicaid સભ્યપદ નંબર: _____

☐ Medicare સભ્યપદ નંબર: _____

☐ ખાનગી વીમો પોલિસી નામ: _____

પોલિસી નંબર:

☐વીમો નથી

જો વીમો ન હોય તો:

1A. શું ભૂતકાળમાં બાળકને ખાનગી આરોગ્ય સંભાળ વીમા માટે ક્યારેય નકારવામાં આવ્યો છે?
☐ હા ☐ ના

1B. શું બાળકને ક્યારેય મેડિકેડ કવરેજ નકારવામાં આવ્યું છે?
☐ હા ☐ ના

1C. શું છેલ્લા 12 મહિનામાં આ બાળક માટે મેડિકેડ માટે અરજી કરવામાં આવી છે?
☐ હા ☐ ના

1D. શું તમે આગામી 3 મહિનામાં આ બાળક માટે વીમા માટે અરજી કરવાની યોજના ધરાવો છો?
☐ હા ☐ ના

2. શું બાળકને હાલમાં સામાજિક સુરક્ષા અપંગતા અથવા SSDI પ્રાપ્ત થાય છે? ☐ હા ☐ ના

જો હા: દાવા નંબર: _____ દર મહિને મળેલી રકમ: $ _____

જો ના: ☐ ક્યારેય અરજી કરી નથી ☐ અરજી બાકી છે ☐ અયોગ્ય

3. શું તમે આગામી 3 મહિનામાં આ બાળક માટે વીમા માટે અરજી કરવાની યોજના ધરાવો છો? ☐ હા ☐ ના

4. શું બાળકને હાલમાં પૂરક સુરક્ષા આવક (SSI) લાભો મળે છે? ☐ હા ☐ ના

જો હા: દાવા નંબર: _____ દર મહિને મળેલી રકમ: $ _____

જો ના: ☐ ક્યારેય અરજી કરી નથી ☐ અરજી બાકી છે ☐ અયોગ્ય

જો અરજદાર SSA/SSDI અથવા SSI મેળવે છે, તો શું કોઈ પ્રતિનિધિ ચૂકવનાર છે? ☐ હા ☐ ના

જો હા, તો કૃપા કરીને નીચે પૂર્ણ કરો:

લાભ	નામ	સરનામું	ફોન	સંબંધ
#1				
#2				

ટિપ્પણીઓ:

વિભાગ 4: આરોગ્ય સંભાળ અને સારવાર

સૂચનાઓ: વિકલાંગતા અથવા અક્ષમ તબીબી સ્થિતિની ઉપસ્થિતિ કે જેને ચાલુ સેવાઓ અથવા સમર્થનની જરૂર હોય તે વિકાસલક્ષી વિકલાંગતા સેવાઓ માટેની આવશ્યકતાઓમાંની એક છે. આ વિભાગમાં, એવા આરોગ્ય સંભાળ વ્યાવસાયિકોને ઓળખો કે જેમણે હાલમાં અથવા તાજેતરમાં બાળકની સારવાર કરી છે. જો વધુ તાજેતરના ડાયગ્નોસ્ટિક રિપોર્ટ્સ ઉપલબ્ધ ન હોય તો ત્રણ વર્ષ પહેલાં સુધી પાછા જઈને નિદાન અથવા સારવારનું આયોજન પૂરું પાડનારા વ્યાવસાયિકો વિશેની માહિતી પણ શામેલ કરો.

1. શું હાલમાં બાળક પાસે પ્રાથમિક સંભાળ ડૉક્ટર (PCP) છે? ☐ હા ☐ ના

2. શું બાળકે ન્યુરોલોજીસ્ટ, મનોચિકિત્સક, ઓર્થોપેડિસ્ટ અથવા અન્ય વ્યાવસાયિક જેવા સ્પેશિયાલિટી સંભાળ ડોક્ટરની સલાહ લેવા અથવા નિદાન કરાવવા માટે મુલાકાત લીધી છે અથવા તમે મુલાકાત લીધી છે? ☐ હા ☐ ના

   જો હા, તો તમારા બાળકનું વર્તમાન નિદાન શું છે? _____

3. શું બાળકને આ માટે સેવાઓની જરૂર છે:

   ☐ સ્પીચ/ભાષા ☐ શારીરિક ઉપચાર ☐ વ્યવસાયિક ઉપચાર ☐ પરામર્શ

   ☐ કોઈ નહીં ☐ અન્ય: _____

4. કૃપા કરીને એવા ડોક્ટરો અથવા થેરાપિસ્ટના નામની સૂચિ બનાવો કે જેમણે તાજેતરમાં બાળકની સારવાર, સૂચવ્યું અથવા નિદાન કર્યું છે:

	ચિકિત્સક અથવા થેરાપિસ્ટનું નામ/જથ	**છલ્લે જોયેલી તારીખ** (મહિનો/વર્ષ)
☐	પ્રાથમિક સંભાળ	
☐	અન્ય સ્પેશિયાલિટી સંભાળ ડોક્ટર	
☐	અન્ય સ્પેશિયાલિટી સંભાળ ડોક્ટર	
☐	સ્પીચ/ભાષા થેરાપિસ્ટ	
☐	શારીરિક થેરાપિસ્ટ	
☐	વ્યવસાય થેરાપિસ્ટ	
☐	પરામર્શ	
☐	અન્ય	

વિભાગ 5: શિક્ષણ

સૂચનાઓ: કૃપા કરીને બાળકની વર્તમાન શાળા, ગ્રેડ સ્તર અને શૈક્ષણિક વર્ગીકરણ વિશે યોગ્ય માહિતી પ્રદાન કરો.

1. વર્તમાન શાળા નોંધાયેલ

   _____
   નામ શહેર ટાઉનશીપ

2. વર્તમાન ગ્રેડ સ્તર: _____

3. વર્તમાન શાળા નિયુક્તિ

   ☐ મુખ્યપ્રવાહનો વર્ગખંડ
   ☐ સંસાધન ખંડ
   ☐ નિયમિત શાળામાં સ્વ-સમાયેલ
   ☐ જીલ્લા અંદરની વિશિષ્ટ શાળા
   ☐ વિશેષ સેવા એકમ
   ☐ જિલ્લાની બહારની શાળા (ફક્ત દિવસનો કાર્યક્રમ)
   ☐ જિલ્લાની બહારની શાળા (ફક્ત દિવસનો કાર્યક્રમ)

4. શું બાળક બાળ અભ્યાસ ટીમ દ્વારા વર્ગીકૃત થયેલ છે?

   ☐ હા ☐ ના ☐ નિશ્ચયની રાહ જોઈ રહ્યું છે ☐ નિશ્ચયની રાહ જોઈ રહ્યું છે

   જો હા

   પ્રારંભિક વર્ગીકરણની તારીખ (મમ/વર્ષ): _____

   વર્ગીકરણમાં ગ્રેડ સ્તર: _____

5. વર્તમાન NJ વિશેષ શિક્ષણ વર્ગીકરણ (જો લાગુ હોય તો)

   ☐ શ્રાવ્ય રીતે અશક્ત
   ☐ ઓટિસ્ટિક
   ☐ વિકલાંગતા સાથે પૂર્વ-શાળાનું બાળક
   ☐ ભાવનાત્મક રીતે પરેશાન
   ☐ ઘણી જુદી જુદી રીતે વિકલાંગતા
   ☐ બહેરા/અંધત્વ
   ☐ વિશિષ્ટ શીખવાની વિકલાંગતા
   ☐ ઓર્થોપેડિક રીતે અશક્ત
   ☐ જ્ઞાનાત્મક રીતે અશક્ત
   ☐ વાતચીતમાં અશક્ત
   ☐ સામાજિક રીતે બિનમૈત્રીપૂર્ણ હોવું
   ☐ મગજની આઘાતજનક ઇજા
   ☐ દૃષ્ટિની રીતે ક્ષતિગ્રસ્ત
   ☐ અન્ય સ્વાસ્થ્ય ક્ષતિગ્રસ્ત

ટિપ્પણીઓ:

મહત્વપૂર્ણ! આ **ચાર-ભાગની** અરજીનો પ્રથમ ભાગ છે. કૃપા કરીને ફોર્મ B પર ચાલુ રાખો: બાળ અનુકૂલનશીલ વર્તન સારાંશ (CABS).

ન્યૂ જર્સી રાજ્ય - Department of Children and Families

વિકાસલક્ષી વિકલાંગતા ધરાવતા 18 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના બાળકો માટે પાત્રતાના નિર્ધારણ માટેની અરજી

ફોર્મ B: બાળ અનુકૂલનશીલ વર્તન સારાંશ

બાળ અનુકૂલનશીલ વર્તણૂક સારાંશ (CABS)નો હેતુ છેલ્લા 6 મહિનામાં બાળકની **લાક્ષણિક** કામગીરી વિશે માહિતી એકત્ર કરવાનો છે. તે બાળકના પ્રાથમિક સંભાળ રાખનાર (જે વ્યક્તિ બાળક સાથે સૌથી વધુ પરિચિત છે) દ્વારા પૂર્ણ થવું જોઈએ અને શક્ય હોય ત્યાં સુધી પ્રતિબિંબિત કરવું જોઈએ કે બાળક ઘરે, શાળામાં અને સમુદાયમાં સામાન્ય દિનચર્યાઓમાં કેવી રીતે વર્તે છે અને પ્રતિક્રિયા આપે છે. તે બાળક અને સંભાળ રાખનાર બંને માટે દૈનિક જીવન પર બાળકની વિકલાંગતાની અસરનું વ્યાપક ચિત્ર આપે છે. તે બાળકની શક્તિઓ, ક્ષમતાઓ અને જરૂરિયાતો વિશે બાળકના આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓ પાસેથી દાખલ કરી આવશ્યક માહિતી અને દસ્તાવેજોને **પૂરક** બનાવે છે પરંતુ તેને બદલતું નથી.

કૃપા કરીને બોક્સને ચેક કરો કે જે બાળક નીચેની ક્રિયાઓ અથવા વર્તન કરે છે તે આવર્તનનું **શ્રેષ્ઠ** વર્ણન કરે છે. કૃપા કરીને તમામ નિવેદનોના જવાબ આપો. જો તમે ટિપ્પણી કરવામાં અસમર્થ છો કારણ કે તમે વર્તનનું અવલોકન કર્યું નથી અથવા માનતા હો કે તે તમારા બાળકને લાગુ પડતું નથી, તો કૃપા કરીને તેને યોગ્ય તરીકે "ના" તરીકે દર્શાવો. દરેક વિભાગના અંતે કોઈપણ ટિપ્પણીઓ લખો, સિવાય કે અન્યથા સૂચવવામાં આવે. ટિપ્પણીઓમાં દરેક વિભાગની વસ્તુઓ વિશે વધારાની માહિતી શામેલ હોઈ શકે છે જેમ કે તીવ્રતા, ટ્રિગર્સ, અને શું બાળકની વર્તમાન કામગીરી ભૂતકાળની ક્ષમતાઓની તુલનામાં સુધરી છે કે ખરાબ થઈ છે.

બાળ અનુકલનશીલ વર્તન સારાંશ (CABS)અરજીનો વિભાગ

બાળકનું નામ: _____ વર્તમાન ઉંમર: _____

પ્રથમ નામ મધ્ય આદ્યાક્ષર અટક

ABS આના દ્વારા પૂર્ણ થયું: _____ પૂર્ણ થયાની તારીખ: _____

સંબંધ: _____ ફોન નંબર: _____

વિભાગ I: રોજિંદા જીવનની પ્રવૃત્તિઓ

છેલ્લા **6 મહિનામાં** બાળકની **ઘરની** સરેરાશ કામગીરીને રેટ કરવાનું યાદ રાખો. તમે ટિપ્પણી બૉક્સમાં કોઈપણ વધારાની માહિતી જેમ કે તીવ્રતા, ટ્રિગર્સ અને બાળકની વર્તમાન કાર્યક્ષમતા ભૂતકાળની ક્ષમતાઓની તુલનામાં સુધરી છે કે ખરાબ થઈ છે તે સૂચવી શકો છો.

ખાવું	**1** મોટ ભાગે સ્વતંત્ર	**2** અડધા કરતાં ઓછા સમય માટ મૌખિક સંકતોની જરૂર છ	**3** અડધા કરતાં વધાર સમય માટ મૌખિક સંકતોની જરૂર છ	**4** અડધા કરતાં ઓછા સમય માટ શારીરિક સહાયની જરૂર છ	**5** અડધા કરતાં વધાર સમય માટ શારીરિક સહાયની જરૂર છ	**N/A** લાગુ પડતું નથી
1. આંગળીઓ વડે ખાય છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. ચમચી વડે જાતે જમે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. કાંટા વડે પોતાને ખવડાવે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ચપ્પુ વડે ખોરાકના ટુકડા કરે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. કપ અથવા ગ્લાસ વડે પીવે	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ટિપ્પણીઓ/વધારાની માહિતી: (કોઈપણ N/A પ્રતિસાદોને સંક્ષિપ્તમાં સમજાવો)

શૌચ કરવું	**1** મોટ ભાગે સ્વતંત્ર	**2** અડધા કરતાં ઓછા સમય માટ મૌખિક સંકતોની જરૂર છ	**3** અડધા કરતાં વધાર સમય માટ મૌખિક સંકતોની જરૂર છ	**4** અડધા કરતાં ઓછા સમય માટ શારીરિક સહાયની જરૂર છ	**5** અડધા કરતાં વધાર સમય માટ શારીરિક સહાયની જરૂર છ	**N/A** લાગુ પડતું નથી
1. શૌચાલયનો ઉપયોગ ક્યારે કરવો તે ઓળખે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. જાતે શોચ કરી સકે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ટોઇલેટ પેપર વડે જાતે સાફ કરી લે છે.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. શૌચ કર્યા પછી હાથ ધુએ છે.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. (સ્ત્રીઓ) માસિક ધર્મની જરૂરિયાતોનું ધ્યાન રાખે છે.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. મૂત્રાશયની કોઈપણ ઘટનાઓ - દિવસનો સમય	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. મૂત્રાશયની કોઈપણ ઘટનાઓ - રાત્રિ સમય	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. આંતરડાની કોઈપણ ઘટનાઓ - દિવસનો સમય	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. આંતરડાની કોઈપણ ઘટનાઓ - રાત્રિ સમય	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. કોઈપણ અસંયમ ઉત્પાદનોનો ઉપયોગ કરો (ડાયપર અથવા તેના જેવા)	☐ હા	☐ ના	**જો હા:** દિવસનો સમય તપાસો: ☐ દિવસનો સમય ☐ રાત્રિનો સમય			
ટિપ્પણીઓ/વધારાની માહિતી: (કોઈપણ N/A પ્રતિસાદોને સંક્ષિપ્તમાં સમજાવો)						

સ્વચ્છતા	**1** મોટ ભાગે સ્વતંત્ર	**2** અડધા કરતાં ઓછા સમય માટ મૌખિક સંકતોની જરૂર છ	**3** અડધા કરતાં વધાર સમય માટ મૌખિક સંકતોની જરૂર છ	**4** અડધા કરતાં ઓછા સમય માટ શારીરિક સહાયની જરૂર છ	**5** અડધા કરતાં વધાર સમય માટ શારીરિક સહાયની જરૂર છ	**N/A** લાગુ પડતું નથી
1. પાણીનું તાપમાન ચાલુ/નિયમન કરે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. હાથ ધોઈ અને સૂકવે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ચહેરાને ધોઈને સૂકવી નાખે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. બાથટબમાં જાતે સ્નાન કરે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. શાવરમાં જાતે સ્નાન કરે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. વાળમાં શેમ્પૂ કરે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. સ્વયંને સૂકવે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ડિઓડરન્ટનો ઉપયોગ કરે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐

સ્વચ્છતા	**1** મોટ ભાગે સ્વતંત્ર	**2** અડધા કરતાં ઓછા સમય માટ મૌખિક સંકતોની જરૂર છ	**3** અડધા કરતાં વધાર સમય માટ મૌખિક સંકતોની જરૂર છ	**4** અડધા કરતાં ઓછા સમય માટ શારીરિક સહાયની જરૂર છ	**5** અડધા કરતાં વધાર સમય માટ શારીરિક સહાયની જરૂર છ	**N/A** લાગુ પડતું નથી
9. વાળને કાંસકો/બ્રશથી ઓળે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. બ્રશ પર ટૂથપેસ્ટ મૂકે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. પોતાના દાંત સાફ કરે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. ટીશ્યુ વડે નાક સાફ કરે છે અને લૂછી નાખે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. જરૂર મુજબ શેવ કરે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ટિપ્પણીઓ/વધારાની માહિતી: (કોઈપણ N/A પ્રતિસાદોને સંક્ષિપ્તમાં સમજાવો)						

કપડાં પહરવાં	**1** મોટ ભાગે સ્વતંત્ર	**2** અડધા કરતાં ઓછા સમય માટ મૌખિક સંકતોની જરૂર છ	**3** અડધા કરતાં વધાર સમય માટ મૌખિક સંકતોની જરૂર છ	**4** અડધા કરતાં ઓછા સમય માટ શારીરિક સહાયની જરૂર છ	**5** અડધા કરતાં વધાર સમય માટ શારીરિક સહાયની જરૂર છ	**N/A** લાગુ પડતું નથી
1. જાતે કપડાં ઉતારે છે - (યોગ્ય રીતે)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. બટનો બંધ કરી શકે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. સ્નેપ સાથે કપડાં પહેરી શકે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ઝિપર્સ ઉપર/નીચે કરી શકે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. બકલ (એટલે કે, બેલ્ટનું બકલ) બંધ કરે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. પોતાની બ્રાને બંધ કરે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. જૂતા બાંધે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. પોતાને સંપૂર્ણપણે તૈયાર કરે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. નિયમિત રીતે કપડાં બદલે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. ઋતુ પ્રમાણે કપડાં પસંદ કરે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. મોજાં, ટોપી અને હાથના મોજાં કાઢે છે	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ટિપ્પણીઓ/વધારાની માહિતી: (કોઈપણ N/A પ્રતિસાદોને સંક્ષિપ્તમાં સમજાવો)						

વિભાગ II: પ્રત્યાયન અને સામાજિક વર્તણકો

છેલ્લા 6 મહિનામાં ઘરમાં, શાળામાં અને સમુદાયમાંબાળકની સરેરાશ કામગીરીને રેટ કરવાનું યાદ રાખો. તમે ટિપ્પણી બૉક્સમાં કોઈપણ વધારાની માહિતી જેમ કે તીવ્રતા, ટ્રિગર્સ અને બાળકની વર્તમાન કાર્યક્ષમતા ભૂતકાળની ક્ષમતાઓની તુલનામાં સુધરી છે કે ખરાબ થઈ છે તે સૂચવી શકો છો.

પ્રત્યાયન કૌશલ્ય	**1** લગભગ ક્યારય નહીં (સમયના 10% કરતા ઓછા)	**2** અવારનવાર (સમયના 25% કરતા ઓછા)	**3** ક્યારક (લગભગ 50% સમય)	**4** વારવાર (સમયના 75% કરતા વધુ)	**5** મોટાભાગે/તમામ સમય (90% અથવા વધુ સમય)
1. 'હા' અને 'ના' પ્રશ્નોના યોગ્ય જવાબ આપે છે.	☐	☐	☐	☐	☐
2. સરળ દિશાઓનું પાલન કરે છે.	☐	☐	☐	☐	☐
3. જટિલ અથવા મલ્ટિ-સ્ટેપ દિશાઓને અનુસરે છે.	☐	☐	☐	☐	☐
4. મૂળભૂત ઈચ્છાઓ અને જરૂરિયાતો જણાવે છે.	☐	☐	☐	☐	☐

હા/ના પ્રતિભાવ સેટ:	**હા**	**ના**	**નીચે દરેક માટે ટિપ્પણી કરો:**
5. સંદેશાવ્યવહાર કરવા માટે હાવભાવનો ઉપયોગ કરે છે (જેમ કે નિર્દેશ).	☐	☐	
6. સંદેશાવ્યવહાર કરવા માટે સાંકેતિક ભાષાનો ઉપયોગ કરે છે.	☐	☐	
7. હાવભાવ સમજે છે.	☐	☐	
8. ચિહ્નો અથવા સાંકેતિક ભાષા સમજે છે.	☐	☐	
9. જવાબ આપવા/ટેલિફોનનો ઉપયોગ કરવા સક્ષમ.	☐	☐	
10. શું બાળક વાતચીત માટે કોઈ સહાયક ઉપકરણોનો ઉપયોગ કરે છે?	☐	☐	

સામાજિક વર્તન	**હા**	**ના**	**ટિપ્પણીઓ**
શું બાળકને એવા શોખ છે જે તેણી અથવા તેને ગમે છે?	☐	☐	
બાળકમાં સ્વતંત્ર રીતે મિત્રો બનાવવા અને મિત્રતા જાળવી રાખવાની ક્ષમતા હોય છે.	☐	☐	
બાળક તેના/તેણીના સમાન વયના સાથીદારો સાથે અર્થપૂર્ણ વાર્તાલાપ જાળવી રાખવામાં સક્ષમ છે.	☐	☐	
બાળક ઉંમરમાં નજીકના સાથીદારો સાથે સમય પસાર કરવામાં રસ દર્શાવે છે.	☐	☐	
બાળક રહસ્ય યોગ્ય રીતે રાખે છે અને વ્યક્તિગત માહિતી શેર કરવામાં સાવચેત રહે છે.	☐	☐	
બાળક મિત્રોની લાગણીઓ પ્રત્યે સહાનુભૂતિ અને ચિંતા દર્શાવવામાં સક્ષમ છે.	☐	☐	
જ્યારે જરૂરી હોય ત્યારે બાળક પોતાની જાતને વ્યક્ત કરી શકે છે.	☐	☐	
બાળક ગુસ્સા અને હતાશાને યોગ્ય રીતે સંચાલિત કરવામાં સક્ષમ છે.	☐	☐	

કાયના અન્ય ક્ષેત્રો	હા	ના	ટિપ્પણીઓ
1. બાળક પસંદગીઓ (ખોરાક, ટીવી શો, રમતો) ઓળખવામાં સક્ષમ છે.	☐	☐	
2. બાળક ભવિષ્યની ઘટનાઓનું આયોજન અને અપેક્ષા કરી શકે છે.	☐	☐	
3. બાળક જરૂર પડયે અન્યની મદદ લેશે.	☐	☐	
4 બાળક કચરો ઉપાડીને યોગ્ય પાત્રમાં મૂકી શકે છે.	☐	☐	
5 બાળક મનપસંદ અથવા રસપ્રદ વસ્તુ તરફ નિર્દેશ કરશે.	☐	☐	
6 બાળકને રસ ધરાવતા શોખ છે.	☐	☐	
7 બાળક યોજનાઓ બનાવી શકે છે અને અમલમાં મૂકી શકે છે.	☐	☐	
8 બાળક સરળ કાર્યોમાં નિપુણતા મેળવવા માટે સક્ષમ છે.	☐	☐	
9 બાળક પોતાના રૂમને સાફ કરવામાં સક્ષમ છે (વસ્તુઓને જગ્યા પર રાખવા).	☐	☐	
10 બાળક રમત માટે સાથીદારોની શોધ કરે છે.	☐	☐	
11 બાળક ડિજિટલ ઘડિયાળ અથવા ઘડિયાળ પર સમય કહી શકે છે.	☐	☐	
12 બાળક 2 શૈક્ષણિક વિષયોમાં 3 કે તેથી વધુ ગ્રેડ લેવલ પાછળ છે.	☐	☐	
13 બાળક પ્રાથમિક ઘરનું સરનામું કહી શકે છે.	☐	☐	
14 બાળક ચિત્રોમાંની વસ્તુઓને નિર્દેશ કરીને અથવા નામ આપીને ઓળખી શકે છે.	☐	☐	
15 બાળક ભૂલો વિના 1 થી 10 સુધીની ગણતરી કરી શકે છે.	☐	☐	
16 બાળક 3 આકાર અથવા 3 રંગો સાથે મેચ કરી શકે છે.	☐	☐	
17 બાળક ઓછામાં ઓછા 7 રંગો ઓળખી શકે છે.	☐	☐	
18 બાળક સમયપત્રકને અનુસરવા માટે સમયનો ઉપયોગ કરી શકે છે.	☐	☐	

વધારાની ટિપ્પણીઓ:

સમુદાય જાગૃતિ	હા	ના	ટિપ્પણીઓ
1 બાળક સમુદાયમાં કઈ પ્રવૃત્તિઓમાં ભાગ લે છે?			
2 શું બાળક આ પ્રવૃત્તિઓ દરમિયાન યોગ્ય વર્તન દર્શાવે છે?	☐	☐	
3 શું બાળક સીડી, સફાઈ માટેના પ્રવાહી, હીટર, સ્ટવ અને ફાયરપ્લેસ જેવા સામાન્ય ઘરગથ્થુ જોખમોથી વાકેફ છે?	☐	☐	
4 શું બાળક રસ્તા પરના ટ્રાફિક, અજાણ્યાઓ સાથે વધુ પડતી મિત્રતા જેવા સમુદાયના જોખમો વિશે જાગૃતિ દર્શાવે છે?	☐	☐	
5 શું બાળક ખરીદી કરી શકે છે?	☐	☐	
6 શું બાળક જાહેર પરિવહનનો ઉપયોગ કરી શકે છે?	☐	☐	
7 શું બાળક સમય કહી શકે છે?	☐	☐	
8a. શું બાળક કોઈ સૂચિત દવા જાતે લે છે?	☐	☐	
8b દવા આપવાની પદ્ધતિનું વર્ણન કરો:			
9 શું આ વ્યક્તિને કોઈપણ સમય માટે એકલા/નિરીક્ષણ વિના છોડી શકાય?	☐	☐	
10 બાળકને નાણાંનું સંચાલન કરવા માટે જરૂરી સહાયનું વર્ણન કરો (બીલ ચૂકવવા, બજેટિંગ વગેરે)			

ટિપ્પણીઓ:

વિભાગ III: તબીબી અને વર્તણકીય પરિબળો

છેલ્લા **6 મહિનામાં** બાળકની **ઘરની** સરેરાશ કામગીરીને રેટ કરવાનું યાદ રાખો. તમે ટિપ્પણી બૉક્સમાં કોઈપણ વધારાની માહિતી જેમ કે તીવ્રતા, ટ્રિગર અને બાળકની વર્તમાન કાર્યક્ષમતા ભૂતકાળની ક્ષમતાઓની તુલનામાં સુધરી છે કે ખરાબ થઈ છે તે સૂચવી શકો છો.

તબીબી જોખમની સ્થિતિઓ માટે, નિદાનની તારીખને ધ્યાનમાં લીધા વિના, છેલ્લા 6 મહિનામાં લક્ષણોનો અનુભવ થયો હોય તો જ “હા” સૂચવો. જો ભૂતકાળમાં બાળકની સ્થિતિ/સારવારનો ઇતિહાસ હોય, પરંતુ હાલમાં ન હોય, તો કૃપા કરીને "ના" સૂચવો પરંતુ ટિપ્પણીઓમાં ઇતિહાસની વિગતો શામેલ કરો.

આઘાત અને જોખમ ઈતિહાસ પરના વિભાગ માટે, જો બાળકે **ક્યારેય** સૂચિબદ્ધ વસ્તુનો અનુભવ કર્યો હોય તો કૃપા કરીને હા સૂચવો. જો બાળકને અન્ય પ્રકારના આઘાતનો અનુભવ થયો હોય, તો કૃપા કરીને તે યોગ્ય ટિપ્પણી બોક્સમાં સૂચવો.

તબીબી જોખમની શરતો	હા	ના	ટિપ્પણીઓ
1 એલર્જી (દવા, ખોરાક)	☐	☐	
2 અસ્થમા (ઇન્હેલર, નેબ્યુલાઇઝર)	☐	☐	
3 શ્વસન/ (ઓક્સિજન, ટ્રેચેઓટોમી, CPAP)	☐	☐	
4 પેટ-આંતરડા સંબંધી (ખોરાક/કાઢી નાખવાની સમસ્યાઓ; ગંભીર રિફ્લક્સ)	☐	☐	
5 કોલોસ્ટોમીનો ઉપયોગ કરે છે	☐	☐	
6 આકાંક્ષા માટે જોખમ	☐	☐	
7 જી-ટ્યુબનો ઉપયોગ કરે છે	☐	☐	
8 ખાતી કે પીતી વખતે ખાંસી કે ગૂંગળામણ	☐	☐	
9 બીજા કોઈએ ખોરાક/પ્રવાહી મોઢામાં નાખવું પડે છે	☐	☐	
10 એકધારી રીતે બદલાયેલ આહારની જરૂર પડે છે (ઘટ્ટ, સમારેલ/પાતળું કરેલ)	☐	☐	
11 તબીબી રીતે નિર્ધારિત આહારની જરૂર છે (ચરબી, સોડિયમ, કોલેસ્ટ્રોલ)	☐	☐	
12 આત્યંતિક ખોરાક/પ્રવાહી-શોધવાની વર્તણૂકો દર્શાવે છે	☐	☐	
13 ડિહાઇડ્રેશનનું જોખમ/નિયમિત રીતે પ્રવાહીનો ઇનકાર કરે છે	☐	☐	
14 કબજિયાત: નિયમિતપણે સપોઝિટરી અથવા એનીમાની જરૂર પડે છે	☐	☐	
15 કેથેટર, ડાયાલિસિસ (કિડની/પેશાબ સંબંધી રોગ, વગેરે)ની જરૂર છે.	☐	☐	
16a. એપીલેપ્સી/આંચકીનો ડિસઓર્ડર? જો હા, તો પ્રકાર જણાવો	☐	☐	
16b શું આંચકીના હુમલા માટે દવા સૂચવવામાં આવે છે?	☐	☐	
16c છેલ્લા આંચકીના હુમલાની તારીખ, હુમલાનો પ્રકાર, આવૃત્તિ:			

17a. ડાયાબિટીસ છે? જો હા, તો પ્રકાર જણાવો:	☐	☐	
17b શું યુવાન ઇન્સ્યુલિન આધારિત છે?	☐	☐	
18 શું બાળકને ઘરમાં આપવામાં આવતી વિશિષ્ટ નર્સિંગ સંભાળ મળે છે?	☐	☐	
19 અન્ય તબીબી પરિસ્થિતિઓમાં સહાયની જરૂર છે: ટિપ્પણીઓમાં નીચે સૂચવો. ટિપ્પણીઓ:			

વર્તણકલક્ષી જોખમો	હા	ના	ટિપ્પણીઓ
વર્તન (સ્વયં પર નિર્દેશિત)			**આવૃત્તિ અને ટ્રિગર શામેલ કરો**
1 પોતાને ગંભીર રીતે કરડે છે/મારે છે	☐	☐	
2 માથું મારે છે	☐	☐	
3 શરીરના છિદ્રોમાં હાનિકારક વસ્તુઓ દાખલ કરે છે	☐	☐	
4 ત્વચા ચૂંટે છે અથવા ગંભીર રીતે ખોતરે છે	☐	☐	
5 પીકા/અખાદ્ય પદાર્થોનો વપરાશ	☐	☐	
6 અન્ય:	☐	☐	
વર્તન (અન્ય લોકો પર નિર્દેશિત)			**આવૃત્તિ, ટ્રિગર અને કઈ વ્યક્તિઓ લક્ષિત છે (એટલે કે, માતાપિતા, ભાઈ-બહેન, શિક્ષક, અજાણ્યા) તે શામેલ કરો**
7 અન્યને મારે છે, કરડે છે અથવા લાતો મારે છે	☐	☐	
8 હિંસાની પ્રત્યક્ષ ધમકીઓ આપે છે	☐	☐	
9 હિંસક ગુસ્સો/આક્રમકતા	☐	☐	
10 ગંભીર અવજ્ઞા/સતત ઇનકાર અથવા દિશાઓનું અપાલન	☐	☐	

અન્ય વર્તન	હા	ના	જો હા, તો બાળક કઈ સારવાર પ્રાપ્ત કરી રહ્ય છ/જો કોઈ હોય તો કઈ સેવાઓ પ્રાપ્ત કરી રહ્ય છ તેનું વર્ણન કરો
11 પદાર્થનો ઉપયોગ	☐	☐	
12 ગુનાહિત કાનૂની સંડોવણી	☐	☐	
13 જાતીય વર્તનમાં સમસ્યા	☐	☐	
14 આવેગજન્ય દોડે છે	☐	☐	
15 વારંવાર ભટકે છે	☐	☐	
16 અસામાન્ય ચડવાનું વર્તન છે	☐	☐	
17 મિલકતને નુકસાન	☐	☐	
18 ફાયર સેટિંગ	☐	☐	
19 અન્ય:	☐	☐	

આઘાત અને જોખમની સ્થિતિઓ	હા	ના	ટિપ્પણીઓ
1 શારીરિક શોષણનો ઇતિહાસ.	☐	☐	
2 જાતીય શોષણનો ઇતિહાસ.	☐	☐	
3 પજવણી થવાનો ઇતિહાસ.	☐	☐	
4 ગંભીર નુકસાનનો ઈતિહાસ જેમ કે કોઈ ભાઈ-બહેન અથવા માતા-પિતાનું મૃત્યુ.	☐	☐	
5 દુરુપયોગ અથવા અવગણનાને કારણે ઘરમાંથી કાઢી નાખવાનો ઇતિહાસ.	☐	☐	
માનસિક આરોગ્યની ચિંતા	**હા**	**ના**	**જો હા, તો બાળક કઈ સારવાર પ્રાપ્ત કરી રહ્યું છે/જો કોઈ હોય તો કઈ સેવાઓ પ્રાપ્ત કરી રહ્યું છે તેનું વર્ણન કરો**
6 હતાશા (નિરાશા, ઉદાસી, મિજાજમાં પરિવર્તન).	☐	☐	
7 ચિંતા (અતિશય ચિંતા, ગભરાટ ભર્યા હુમલાઓ).	☐	☐	
8 ધ્યાન ખાધ હાયપરએક્ટિવિટી ડિસઓર્ડર.	☐	☐	
9 ગંભીર મિજાજમાં પરિવર્તન અને/અથવા ચીડિયાપણું.	☐	☐	
10 ટીક્સ, હલનચલન સંબંધી ડિસઓર્ડર.	☐	☐	
11 એવી વસ્તુઓ જોવી કે સાંભળવી જે વાસ્તવિક નથી, પેરાનોઇડ.	☐	☐	
ટિપ્પણીઓ:			

વિભાગ IV: દખરખની જરૂરિયાતો અને અનુકલનશીલ સાધનોનો ઉપયોગ

છેલ્લા 6 મહિનામાં બાળકની સરેરાશ કામગીરી અથવા સાધનોના ઉપયોગને રેટ કરવાનું યાદ રાખો. તમે ટિપ્પણી બોક્સમાં કોઈપણ વધારાની માહિતી સૂચવી શકો છો જેમ કે અને શું બાળકની વર્તમાન ક્ષમતાઓ અથવા અનુકૂલનશીલ સાધનોની જરૂરિયાત ભૂતકાળની ક્ષમતાઓની તુલનામાં સુધરી છે અથવા વધુ ખરાબ થઈ છે.

ઘરમાં દખરખની જરૂર છ	હા	ના
1 વય-યોગ્ય દેખરેખની જરૂર છે	☐	☐
2 દિવસ-રાત 24 કલાક જાગૃત અવસ્થામાં દેખરેખ	☐	☐
3 દિવસ દરમિયાન ધ્યાનપૂર્વક દેખરેખ	☐	☐
4 દૈનિક ઓન-સાઇટ સહાય/નિરીક્ષણ, મર્યાદિત કલાકો	☐	☐
5 કટોકટીની ઓળખ કરી શકે છે અને પોતાના માટે મદદ મેળવી શકે છે	☐	☐
6 ઘર ખાલી કરવા માટે સહાયની જરૂર છે.	☐	☐

સમુદાયમાં દખરખની જરૂરિયાતો	હા	ના
1 વય-યોગ્ય દેખરેખની જરૂર છે	☐	☐
2 દિવસ-રાત 24 કલાક જાગૃત અવસ્થામાં દેખરેખ	☐	☐
3 દિવસ દરમિયાન ધ્યાનપૂર્વક દેખરેખ	☐	☐
4 ચોક્કસ સ્થળોએ એકલા છોડી શકાય છે	☐	☐
5 સમુદાયમાં સ્વતંત્ર રીતે પ્રવાસ કરે છે	☐	☐
6 શોષણ માટે સંવેદનશીલ	☐	☐

ટિપ્પણીઓ:

અનુકલનશીલ સાધનોનો ઉપયોગ	ઉપયોગ કર છ તો તપાસો	ટિપ્પણીઓ			
વ્હીલચેર (તમે એક કરતાં વધુ પસંદ કરી શકો છો)	☐	☐ મેન્યુઅલ	☐ મોટરયુક્ત	☐ સ્વ-સંચાલન	☐ સહાયની જરૂર છે
હેલ્મેટ	☐				
ચશ્મા	☐				
વોકર/ઘોડી/લાકડી	☐				
પરીવર્તક ખાવાના વાસણો	☐				
PERS — વ્યક્તિગત કટોકટી પ્રતિભાવ સિસ્ટમ	☐				
સુધારાત્મક પગરખાં/બ્રેસિજ	☐				
સાંભળવામાં સહાય	☐				
વૃદ્ધિકારક સંચાર સાધન	☐				

અનુકલનશીલ સાધનોનો ઉપયોગ	ઉપયોગ કર છ તો તપાસો	ટિપ્પણીઓ
અન્ય: કૃપા કરીને વર્ણન કરો	☐	
1		
2		
3		
ટિપ્પણીઓ:		

પર્યાવરણીય ફરફારોના ઉપયોગો	ઉપયોગ કર છ તો તપાસો	ટિપ્પણીઓ
વ્હીલચેર સુલભ વાહન	☐	
સુલભ બાથરૂમ સુવિધાઓ	☐	
રેમ્પ	☐	
લિફ્ટ: મંડપ, હોયર, દાદર	☐	
અન્ય: કૃપા કરીને વર્ણન કરો	☐	
1		
2		
3		
ટિપ્પણીઓ:		

વિભાગ V: સ્વીકતિ

ન્યુ જર્સી રાજ્ય
Department of Children and Families
Division of Children's System of Care

આ તે સ્વીકૃતિ માટે છે કે હું તે વ્યક્તિ છું જેણે બાળ અનુકૂલનશીલ વર્તણૂકનો સારાંશ આ માટે પૂર્ણ કર્યો છે:

_____
બાળક અથવા યુવા અરજદારનું નામ (કૃપા કરીને પ્રિન્ટ કરો)

મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી અને માન્યતા મુજબ, મેં આપેલા જવાબો સ્વ-સંભાળ કૌશલ્યો, સંદેશાવ્યવહાર કૌશલ્યો, સામાજિક વર્તણૂકો, સમુદાય જાગૃતિ, શારીરિક પરિસ્થિતિઓ, મર્યાદાઓ, સહાયક ઉપકરણોનો ઉપયોગ તેમજ આ બાળકની આરોગ્ય, તબીબી અને સલામતીની ચિંતાઓને ચોક્કસ રીતે પ્રતિબિંબિત કરે છે.

સહી: _____ તારીખ: _____

નામ (મોટા અક્ષરોમાં): _____

બાળક અથવા યુવા અરજદાર સાથે સંબંધ: _____

મહત્વપૂર્ણ! આ ચાર ભાગની એપ્લિકેશનનો બીજો ભાગ છે. કૃપા કરીને ફોર્મ C ચાલુ રાખો: દસ્તાવેજીકરણ કવર શીટ.

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — **PerformCare®**

વિકાસલક્ષી વિકલાંગતા ધરાવતા 18 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના બાળકો માટે પાત્રતાના નિર્ધારણ માટેની અરજી

ફોર્મ C: દસ્તાવેજીકરણ કવર શીટ

બાળક નું નામ: _____ અરજદારનું નામ: _____

બાળ DOB: _____ સાયબર આઈડી (જો જાણતા હોય તો): _____

તમારા ફોર્મ અને દસ્તાવેજો સાથે આ કવર શીટનો સમાવેશ કરો અને તમે જે વસ્તુઓ સંલગ્ન કરી છે તેની યાદી આપો. તમે તમારી અરજી સાથે જે દસ્તાવેજો સબમિટ કરી રહ્યાં છો તેને ચેક માર્ક દ્વારા દર્શાવો. કૃપા કરીને સબમિટ કરેલા દરેક દસ્તાવેજ પર બાળકનું નામ, જન્મ તારીખ અને સાયબર આઈડી નંબર (જો જાણતા હોય તો) શામેલ કરો.

અસલ મોકલશો નહીં. તમારા રેકોર્ડ્સ પરત કરવામાં આવશે નહીં.

જરૂરી ફોર્મ

☐ ફોર્મ A: અરજદાર માહિતી ફોર્મ
☐ ફોર્મ B: બાળ અનુકૂલનશીલ વર્તન સારાંશ (CABS)
☐ ફોર્મ C: જરૂરી દસ્તાવેજો સાથે દસ્તાવેજીકરણ કવર શીટ (આ ફોર્મ).
☐ ફોર્મ D: HIPAA સ્વીકૃતિ

જરૂરી દસ્તાવેજો

☐ યુએસ રેસિડેન્સી અને સિટિઝનશિપનો પુરાવો
☐ ન્યુ જર્સી રેસીડેન્સીનો પુરાવો
☐ માનસિક અથવા શારીરિક ક્ષતિને દર્શાવતું નૈદાનિક મૂલ્યાંકન
☐ Diagnostic Evaluation identifying a Developmental Disability
☐ Current Adaptive Behavior Assessments

સહાયક દસ્તાવેજો

☐ લાઇસન્સ પ્રાપ્ત આરોગ્ય સંભાળ વ્યવસાયી દ્વારા વર્તમાન તબીબી નિદાન
☐ વર્તમાન વિકાસલક્ષી, ન્યુરોલોજીકલ, ન્યુરોસાયકોલોજિકલ અથવા મનોવૈજ્ઞાનિક મૂલ્યાંકન
☐ વર્તમાન બાળ અભ્યાસ ટીમ મૂલ્યાંકન (વ્યક્તિગત શૈક્ષણિક યોજના/કાર્યક્રમ નથી)
☐ વર્તમાન વાણી-ભાષા થેરાપી મૂલ્યાંકન
☐ વર્તમાન વ્યાવસાયિક થેરાપી મૂલ્યાંકન
☐ વર્તમાન શારીરિક થેરાપી મૂલ્યાંકન
☐ વર્તમાન પ્રારંભિક હસ્તક્ષેપ મૂલ્યાંકન
☐ અનુકૂલનશીલ સાધનો અને/અથવા ઉપકરણોનો ઉપયોગ/જરૂરિયાત

અન્ય દસ્તાવેજીકરણ (વૈકલ્પિક)

જો ઉપર સૂચિબદ્ધ સહાયક દસ્તાવેજોમાં શામેલ ન હોય, તો કૃપા કરીને સૂચવો કે તમે નોંધપાત્ર કાર્યાત્મક મર્યાદા/ક્ષતિ દર્શાવવા માટે કયા અન્ય દસ્તાવેજો સબમિટ કરી રહ્યાં છો.

નામ _____ તારીખ: _____ પૃષ્ઠ _____

નામ _____ તારીખ: _____ પૃષ્ઠ _____

જો જરૂરી હોય તો

☐ વાલીપણા અથવા કોર્ટના આદેશનો પુરાવો (જો સબમિટ કરનાર વ્યક્તિ બાળકના માતાપિતા ન હોય તો)
☐ આરોગ્ય માહિતી શેર કરવા માટે અધિકૃતતા (અન્ય વ્યક્તિઓને અરજીની સ્થિતિ તપાસવાની પરવાનગી આપવા માટે)

વધુ માહિતી માટે આગલા પૃષ્ઠ પરની સૂચનાઓ જુઓ. બધા દસ્તાવેજો આ પર મોકલો:

PerformCare ન્યુ જર્સી
અહીં મોકલો: DD Eligibility Unit
300 Horizon Drive, Suite 306
Robbinsville, New Jersey 08691

દસ્તાવેજીકરણ સૂચનાઓ

ફોર્મ C: દસ્તાવેજીકરણ કવર શીટ એ વસ્તુઓની ઓળખ આપે છે જે તમે તમારી પાત્રતા અરજીમાં સંલગ્ન કરી છે. કૃપા કરીને ચિહ્નિત કરીને સૂચવો કે તમે તમારી અરજી સાથે કયા દસ્તાવેજો સંલગ્ન કરી રહ્યા છો. કૃપા કરીને **બધા જરૂરી દસ્તાવેજો તેમજ સહાયક દસ્તાવેજો** શામેલ કરવાની ખાતરી કરો, કારણ કે જ્યાં સુધી તમારી અરજી પ્રાપ્ત ન થાય ત્યાં સુધી તેની **સમીક્ષા કરી શકાતી નથી**. કૃપા કરીને તમારા દસ્તાવેજોની માત્ર **નકલો** મોકલો, કારણ કે **અમે અમને સબમિટ કરેલી કોઈપણ સામગ્રી પરત કરીશું નહીં**. દસ્તાવેજો આ પર મોકલો:

PerformCare ન્યુ જર્સી
અહીં મોકલો: DD Eligibility Unit
300 Horizon Drive, Suite 306
Robbinsville, New Jersey 08691

જરૂરી અરજી ફોર્મ:

ફોર્મ A થી D સુધી પૂર્ણ અને જ્યાં સૂચવવામાં આવ્યું છે ત્યાં સહી થયેલ હોવું આવશ્યક છે અને ઉપરોક્ત સરનામે મોકલવામાં આવશે. તે PerformCare ને **1-877-652-7624** પર કોલ કરીને અથવા PerformCare વેબસાઈટ http://www.performcarenj.org/families/disability/determination-eligibility.aspx પર ઉપલબ્ધ છે.

☐ **ફોર્મ A: અરજદાર માહિતી અને ઘોષણા ફોર્મ.**

માત્ર માતા-પિતા, કાનૂની વાલી અથવા કોર્ટ અથવા એજન્સી દ્વારા કરવામાં આવતી પાત્રતા માટેની અરજીઓ જ ધ્યાનમાં લેવામાં આવી શકે છે જે આવું કરવા માટે અધિકૃત છે. બાળક વતી અરજી સબમિટ કરનાર વ્યક્તિએ ઘોષણા વિભાગમાં આ ફોર્મ પર સહી કરવી આવશ્યક છે. તમે અરજીના કોઈપણ ભાગને ભરવા માટે મિત્ર, કુટુંબના સભ્ય અથવા વકીલ પાસેથી મદદ લઈ શકો છો.

☐ **ફોર્મ B: બાળ અનુકૂલનશીલ વર્તણૂક સારાંશ (CABS).**

આ ફોર્મ કુટુંબના સભ્ય અથવા સંભાળ રાખનાર દ્વારા ભરાવું જોઈએ જે બાળકને સારી રીતે જાણે છે અને છેલ્લા 6-મહિનાના સમયગાળામાં બાળકની સામાન્ય કામગીરી વિશે વાત કરી શકે છે. CABS પૂર્ણ કરનાર વ્યક્તિએ આ ફોર્મ પર સહી કરવી જોઈએ. જો બાળક હાલમાં રહેતું ન હોય અથવા ઘરે તેની મોટાભાગની સંભાળ મેળવતું ન હોય તો આ માતાપિતા/વાલી કરતાં અલગ વ્યક્તિ હોઈ શકે છે.

☐ **ફોર્મ C: દસ્તાવેજીકરણ કવર શીટ.**

આ સૂચના સાથે જોડાયેલ છે. કૃપા કરીને જ્યારે પણ તમે PerformCare માં પાત્રતા દસ્તાવેજો સબમિટ કરો ત્યારે કવર શીટનો ઉપયોગ કરો. તમે કયા ફોર્મ સબમિટ કરી રહ્યાં છો તે દર્શાવો અને જરૂરી દસ્તાવેજો અને/અથવા સહાયક દસ્તાવેજોની **નકલો** જોડવાની ખાતરી કરો. અસલ સબમિટ કરશો નહીં, કારણ કે તમારા દસ્તાવેજો પરત કરવામાં આવશે નહીં.

☐ **ફોર્મ D: HIPAA સ્વીકૃતિ.**

કૃપા કરીને Department of Children and Families ગોપનીયતા વ્યવહારની સૂચના વાંચો અને ***સ્વીકૃતિ ફોર્મ*** પર સહી કરી પરત કરો. આ ફોર્મ સૂચવે છે કે તમે તે સમજો છો કે તમે શેર કરો છો તે એપ્લિકેશન માહિતી સાથે અમે શું કરી શકીએ અને શું ન કરી શકીએ.

☐ **વૈકલ્પિક: આરોગ્ય માહિતી શેર કરવા માટે અધિકૃતતા**

જો તમે કોઈ અન્ય વ્યક્તિને ઓળખાવવા માંગતા હોવ જેની સાથે અમે તમારી અરજીની સ્થિતિ વિશે વાત કરી શકીએ, તો કૃપા કરીને વૈકલ્પિક ***આરોગ્ય માહિતી શેર કરવાના* વિભાગ** માટેની અધિકૃતતા પર આ સૂચવવાનું નિશ્ચિત કરો. તમે એક કરતાં વધુ વ્યક્તિઓને સૂચવી શકો છો, જો કે કૃપા કરીને નોંધો કે આ પ્રકાશન ફક્ત નામવાળી વ્યક્તિને બાળકની અરજીની સ્થિતિ વિશે જાણવાની મંજૂરી આપે છે. અમે આ પ્રકાશનનો ઉપયોગ કરીને નામવાળી વ્યક્તિઓને આરોગ્યની વિગતવાર માહિતી જાહેર કરીશું નહીં.

રહેઠાણ, નાગરિકત્વ અથવા વાલીપણા માટે જરૂરી દસ્તાવેજો:

☐ **યુએસ રહેઠાણ અને નાગરિકત્વનો પુરાવો**

(નીચેમાંથી એક: યુવા અથવા માતાપિતાના યુએસ જન્મ પ્રમાણપત્રની ફોટોકોપી, યુવા અથવા માતાપિતાના માન્ય યુએસ પાસપોર્ટની ફોટોકોપી, બાળક અથવા માતાપિતાના યુએસ નાગરિકત્વના અન્ય પુરાવા, અથવા બાળક અથવા માતાપિતાનું માન્ય કાયમી રહેઠાણ કાર્ડ)

☐ **ન્યુ જર્સી રહેઠાણનો પુરાવો**

(નીચેમાંથી **એક**: વર્તમાન માતાપિતા મતદાર નોંધણી ફોર્મની ફોટોકોપી, પેરેંટ પે સ્ટબ, પેરેંટ W2 ફોર્મ, પેરેંટ રિયલ એસ્ટેટ ટેક્સ બિલ, NJ રાજ્ય અથવા કાઉન્ટી ઓળખ કાર્ડ, NJ ડ્રાઇવરનું લાઇસન્સ, અથવા માતાપિતા/વાલીનું નામ દર્શાવતું યુટિલિટી બિલ અને ન્યુ જર્સીનું સરનામું)

જરૂરી નોંધપાત્ર કાર્યાત્મક મર્યાદાઓ સહિત માનસિક અથવા શારીરિક ક્ષતિ અને વિકાસલક્ષી વિકલાંગતાની હાજરીનું દસ્તાવેજીકરણ કરવા માટે પૂરતા નૈદાનિક રેકોર્ડ: તમારે સૂચિબદ્ધ દરેક પ્રકારના રેકોર્ડ પ્રદાન કરવાની જરૂર નથી, પરંતુ તમારે **વર્તમાન** રેકોર્ડ સબમિટ કરવા **આવશ્યક** છે જે સ્થાપિત કરવા માટે પૂરતા છે:

1 માનસિક અથવા શારીરિક ક્ષતિ અને વિકાસલક્ષી વિકલાંગતાની હાજરી, ખાસ કરીને મૂલ્યાંકન કે જે માનસિક અથવા શારીરિક ક્ષતિ અને વિકાસલક્ષી વિકલાંગતાનું નિદાન કરે છે (જેમાં શારીરિક, ન્યુરોલોજીકલ, આનુવંશિક સ્થિતિનું ચોક્કસ નિદાન અને/અથવા નિદાન કરવા માટે સહાયક પુરાવા સાથે જ્ઞાનાત્મક ક્ષતિ), અને

2 નીચેની મુખ્ય જીવન પ્રવૃત્તિઓમાંથી **ત્રણ અથવા વધુ બાબતોમાં** નોંધપાત્ર કાર્યાત્મક મર્યાદાઓ: સ્વ-કાળજી; ગ્રહણશીલ અને અભિવ્યક્ત ભાષા; શીખવું; ગતિશીલતા; સ્વ-દિશા; સ્વતંત્ર જીવનનિર્વાહ અને આર્થિક આત્મનિર્ભરતા માટેની ક્ષમતા. નોંધપાત્ર કાર્યાત્મક મર્યાદા(ઓ)નું મૂલ્યાંકન સહાયક દસ્તાવેજીકરણ (એટલે કે, મનોવૈજ્ઞાનિક, વાણી-ભાષા થેરાપી, વ્યવસાયિક થેરાપી, અને/અથવા શારીરિક ઉપચાર મૂલ્યાંકન), CABS અને બાળકની કાલક્રમિક ઉંમરના આધારે અપેક્ષાઓ અનુસાર કરવામાં આવે છે.

3 વર્તમાન અનુકૂલનશીલ વર્તણૂક મૂલ્યાંકન (એટલે કે અનુકૂલનશીલ વર્તણૂક મૂલ્યાંકન સિસ્ટમ)

સહાયક નૈદાનિક રેકોર્ડ:

☐ પ્રમાણિત જ્ઞાનાત્મક મૂલ્યાંકનના સંપૂર્ણ પરિણામો સાથે વર્તમાન વિકાસલક્ષી, ન્યુરોલોજીકલ, ન્યુરોસાયકોલોજિકલ અથવા મનોવૈજ્ઞાનિક મૂલ્યાંકન

☐ વર્તમાન બાળ અભ્યાસ ટીમ મૂલ્યાંકન (IEP - વ્યક્તિગત શૈક્ષણિક યોજના/કાર્યક્રમ નથી)

☐ વર્તમાન વાણી-ભાષા થેરાપી મૂલ્યાંકન

☐ વર્તમાન વ્યવસાયિક થેરાપી મૂલ્યાંકન

☐ વર્તમાન શારીરિક થેરાપી મૂલ્યાંકન

☐ વર્તમાન પ્રારંભિક હસ્તક્ષેપ મૂલ્યાંકન

☐ અનુકૂલનશીલ ઉપકરણો અને/અથવા સાધનો માટે ઉપયોગ/જરૂરિયાત દર્શાવતી સહાયક તકનીકી આકારણી

દસ્તાવેજીકરણ વિશે મહત્વપૂર્ણ માહિતી:

1 જ્યાં સુધી પાત્રતા માટેના દાવાને સમર્થન આપવા માટે તમામ જરૂરી માહિતી અને પૂરતા સહાયક દસ્તાવેજો પૂરા પાડવામાં ન આવે ત્યાં સુધી પાત્રતા માટેની અરજીની સમીક્ષા કરી શકાતી નથી.

2 એક જ સમયે તમામ જરૂરી અને સહાયક દસ્તાવેજો સબમિટ કરવાથી DD પાત્રતા સમીક્ષા ટીમને સમયસર અરજી પર પ્રક્રિયા કરવામાં મદદ મળશે.

3 ડોક્ટરની નોંધ, પત્ર અથવા પ્રિસ્ક્રિપ્શનને બદલે, માનસિક/શારીરિક ક્ષતિ અને વિકાસલક્ષી વિકલાંગતાને નિર્ધારિત કરતા સમગ્ર નિદાન મૂલ્યાંકન અહેવાલની નકલ જરૂરી છે.

4 વર્તમાન સહાયક દસ્તાવેજો બાળ અભ્યાસ ટીમ અથવા લાઇસન્સ ધરાવતા ખાનગી વ્યવસાયીઓ દ્વારા તૈયાર કરવામાં આવી શકે છે.

5 વર્તમાન બાળ અભ્યાસ ટીમ મૂલ્યાંકન જેમાં જ્ઞાનાત્મક મૂલ્યાંકન, અનુકૂલનશીલ વર્તણૂક મૂલ્યાંકન, વાણી-ભાષા થેરાપી, વ્યવસાયિક થેરાપી અને/અથવા ભૌતિક થેરાપી મૂલ્યાંકનનો સમાવેશ થઈ શકે છે તે મદદરૂપ છે, પરંતુ તે વ્યક્તિગત શૈક્ષણિક યોજના/કાર્યક્રમ (IEP) નથી.

જો વધારાના દસ્તાવેજોની જરૂર હોય તો તમને સૂચિત કરવામાં આવશે.

વિકાસલક્ષી વિકલાંગતા ધરાવતા 18 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના બાળકો માટે પાત્રતાના નિર્ધારણ માટેની અરજી

ફોર્મ D: HIPAA ગોપનીયતા વ્યવહારની સૂચના - સ્વીકૃતિ

આ ફોર્મ પર ગોપનીયતા વ્યવહારની જોડાયેલ સૂચના પ્રાપ્ત થયા પછી સહી કરવી આવશ્યક છે અને અરજી સાથે પરત કરવું આવશ્યક છે. માતાપિતા અથવા કાનૂની વાલીએ સહી કરવી આવશ્યક છે.

હું, _____ (મોટા અક્ષરોમાં નામ), આથી સ્વીકારું છું કે મને

_____ (તારીખ) ના રોજ ગોપનીયતા વ્યવહારની સૂચના પ્રાપ્ત થઈ છે.

હું આ છું (કૃપા કરીને એક ચિહ્નિત કરો): ☐ માતાપિતા ☐ કાનૂની વાલી

_____

માતાપિતા અથવા કાનૂની વાલીની સહી તારીખ

આમના વતી:

_____

બાળકનું નામ (કૃપા કરીને મોટા અક્ષરોમાં) જન્મ તારીખ

HIPAA ગોપનીયતા વ્યવહારની સૂચના

કૃપા કરીને નોંધો: તમારા બાળકના લાભો અથવા પાત્રતા આ સૂચનાથી પ્રભાવિત થશે નહીં.

આ સૂચના Department of Children and Families માંથી સેવાઓ મેળવતા વ્યક્તિઓ અથવા કાનૂની વાલીઓ અથવા નાના બાળકોના માતાપિતાને લાગુ પડે છે.

સંરક્ષિત આરોગ્ય માહિતી, કૌટુંબિક શૈક્ષણિક અધિકારો અને ગોપનીયતા અધિનિયમ દ્વારા આવરી લેવામાં આવેલ શિક્ષણ રેકોર્ડમાં વ્યક્તિગત રીતે ઓળખી શકાય તેવી આરોગ્ય માહિતીને બાકાત રાખે છે, જેમ કે સુધારેલ, 20 U.S.C. 1232g.

આ સૂચના તમારા બાળક વિશેની તબીબી માહિતીનો ઉપયોગ અને જાહેર કેવી રીતે કરી શકાય અને આ માહિતીનો ઍક્સેસ કેવી રીતે મેળવવો તેનું વર્ણન કરે છે. કૃપા કરીને તેની કાળજીપૂર્વક સમીક્ષા કરો.

તમારા બાળકના રેકોર્ડમાં શું છે અને તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતીનો ઉપયોગ કેવી રીતે થાય છે તે સમજવાથી તમને આમાં મદદ મળે છે: તેની સચોટતા સુનિશ્ચિત કરવામાં, તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતી કોણ, શું, ક્યારે, ક્યાં અને શા માટે અન્ય લોકો ઍક્સેસ કરી શકે છે તે વધુ સારી રીતે સમજવામાં અને અન્ય લોકોને જાહેર કરવાને અધિકૃત કરતી વખતે વધુ માહિતગાર નિર્ણયો લેવામાં.

અમારી જવાબદારીઓ:

કાયદા દ્વારા Department of Children and Families માટે આ જરૂરી છે:

a. તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતીની ગોપનીયતા જાળવવી.

b. અમે તમારા બાળક વિશે અમે એકત્રિત કરીએ છીએ અને જાળવીએ છીએ તે માહિતીના સંદર્ભમાં તમને અમારી કાનૂની ફરજો અને ગોપનીયતા પ્રથાઓ વિશે સૂચના પ્રદાન કરવી

વધુમાં, Department of Children and Families ને આ કરવાની જરૂર છે:

1 આ સૂચનાની શરતોનું પાલન કરવાની.

2 વૈકલ્પિક માધ્યમો દ્વારા અથવા વૈકલ્પિક સ્થાનો પર તમારે આરોગ્ય માહિતીનો સંચાર કરવો પડી શકે તેવી વાજબી વિનંતીઓને સમાયોજિત કરવાની.

3 જો અમે વિનંતી કરેલ પ્રતિબંધ સાથે સંમત થવામાં અસમર્થ હોઈએ તો તમને સૂચિત કરવાની.

અમે અમારી પ્રેક્ટિસમાં ફેરફાર કરવાનો અને અમે જાળવી રાખીએ છીએ તે તમામ સુરક્ષિત આરોગ્ય માહિતી માટે નવી જોગવાઈઓને અસરકારક બનાવવાનો અધિકાર અમે અનામત રાખીએ છીએ. જો અમારી ગોપનીયતા પ્રથા બદલાય, તો અમે તમને સુધારેલી સૂચના આપીશું.

સામાન્ય ગોપનીયતા નિયમ

અમે આ સૂચનામાં વર્ણવ્યા સિવાય, તમારી લેખિત અધિકૃતતા વિના તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતીનો ઉપયોગ અથવા જાહેર કરીશું નહીં.

તમારી અધિકૃતતા રદ કરવી: જો તમે અમને તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતી પ્રકાશિત કરવા માટે લેખિત અધિકૃતતા પ્રદાન કરો છો, તો તમે કોઈપણ સમયે તે અધિકૃતતા રદ કરી શકો છો. રદ્દીકરણ લેખિતમાં હોવું આવશ્યક છે. જો અમે તમારી અગાઉની અધિકૃતતાના આધારે માહિતી પ્રકાશિત કરી હોય અથવા તમારા વીમા કવરેજને તમારી લેખિત અધિકૃતતાની જરૂર હોય તો લેખિત રદબાતલ તમારી અગાઉની અધિકૃતતા રદ કરશે નહીં.

મનોરોગ ચિકિત્સા નોંધો માટે અલગ અધિકૃતતા: અમે તમારી પાસેથી અલગ લેખિત અધિકૃતતા વિના તમારા બાળક વિશે કોઈપણ મનોરોગ ચિકિત્સા નોંધો બહાર પાડીશું નહીં. તમે કોઈપણ સમયે તમારી ચોક્કસ લેખિત અધિકૃતતા રદ કરી શકો છો. રદ્દીકરણ લેખિતમાં હોવું આવશ્યક છે. જો અમે તમારી અગાઉની અધિકૃતતા અનુસાર માહિતી પ્રકાશિત કરી હોય અથવા જો તમારા વીમા કવરેજને તમારી લેખિત અધિકૃતતાની જરૂર હોય તો લેખિત રદ્દીકરણ તમારી અગાઉની અધિકૃતતા રદ કરશે નહીં.

અમે તમારી લેખિત અધિકૃતતા વિના તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતીનો ઉપયોગ કેવી રીતે કરી શકીએ અથવા જાહેર કરી શકીએ:

1. **સારવાર.** અમે તમારા બાળકની સારવાર માટે તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતીનો ઉપયોગ કરી શકીએ છીએ. ઉદાહરણ તરીકે, નર્સ, ચિકિત્સક અથવા તમારા બાળકની આરોગ્ય-સંભાળ ટીમના અન્ય સભ્ય દ્વારા મેળવવામાં આવેલી માહિતી તમારા બાળકના રેકોર્ડમાં રેકોર્ડ કરવામાં આવશે અને તેનો ઉપયોગ તમારા બાળકના નિદાન અથવા તમારા બાળક માટે શ્રેષ્ઠ કામ કરતી સારવારનો કોર્સ નક્કી કરવા માટે થઈ શકે છે. તમારા બાળકનું નિદાન કેવી રીતે કરવું અથવા સારવાર કેવી રીતે કરવી તે નક્કી કરવા માટે ડોક્ટર અથવા અન્ય આરોગ્ય-સંભાળ વ્યાવસાયિક તમારા બાળકની માહિતી અન્ય આરોગ્ય-સંભાળ વ્યાવસાયિક સાથે શેર કરી શકે છે જેઓ કાં તો PerformCare, Department of Children and Families નો ભાગ છે, અથવા તો જેઓ Department of Children and Families નો ભાગ નથી.

2. **ચુકવણી.** અમે ચુકવણી માટે તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતીનો ઉપયોગ કરી શકીએ છીએ. ઉદાહરણ તરીકે, તમને અથવા તૃતીય-પક્ષ ચૂકવનારને બિલ મોકલવામાં આવી શકે છે. બિલ પરની અથવા તેની સાથેની માહિતીમાં તમારા બાળકને ઓળખતી માહિતી તેમજ તમારા બાળકનું નિદાન, પ્રક્રિયાઓ અને ઉપયોગમાં લેવાતા પુરવઠાનો સમાવેશ થઈ શકે છે.

3. **આરોગ્ય સંભાળ કામગીરી.** અમે તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતીનો ઉપયોગ નિયમિત આરોગ્ય કામગીરી માટે કરી શકીએ છીએ. ઉદાહરણ તરીકે, તબીબી સ્ટાફના સભ્યો, જોખમ અથવા ગુણવત્તા સુધારણા મેનેજર, અથવા ગુણવત્તા સુધારણા ટીમના સભ્યો તમારા બાળકના કેસમાં અને તેના જેવા અન્ય લોકો માટે કાળજી અને પરિણામોનું મૂલ્યાંકન કરવા તમારા બાળકના આરોગ્ય રેકોર્ડમાંની માહિતીનો ઉપયોગ કરી શકે છે.

4. **બિઝનેસ સહયોગીઓ.** બિઝનેસ સહયોગીઓ સાથેના કરાર દ્વારા અમારી સંસ્થામાં કેટલીક સેવાઓ પૂરી પાડવામાં આવે છે. ઉદાહરણોમાં અમારા એકાઉન્ટન્ટ, સલાહકારો અને વકીલોનો સમાવેશ થાય છે. જ્યારે આ સેવાઓનો કરાર કરવામાં આવે છે, ત્યારે અમે તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતી અમારા વ્યવસાયિક સહયોગીઓને જાહેર કરી શકીએ છીએ જેથી કરીને અમે તેમને જે કામ કરવા કહ્યું છે તે તેઓ કરી શકે. જો કે, તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતીને સુરક્ષિત રાખવા માટે, વ્યવસાયિક સહયોગીઓ તમારા બાળકની માહિતીનું યોગ્ય રીતે રક્ષણ કરે તેની અમને જરૂર છે.

5. **તમારા બાળકની સંભાળમાં સામેલ કુટુંબ અને મિત્રો.** જો તમને વાંધો ન હોય, તો અમે તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતી કુટુંબના સભ્ય, સંબંધી અથવા નજીકના અંગત મિત્ર સાથે શેર કરી શકીએ છીએ જે તમારા બાળકની સંભાળ અથવા તમારા બાળકની સંભાળ સંબંધિત ચૂકવણીમાં સામેલ છે. અમે તમારા બાળકના સ્થાન અને સામાન્ય સ્થિતિ વિશે તમારા બાળકની સંભાળ માટે જવાબદાર કુટુંબના સભ્ય, વ્યક્તિગત પ્રતિનિધિ અથવા અન્ય વ્યક્તિને પણ સૂચિત કરી શકીએ છીએ. કેટલાક કિસ્સાઓમાં, અમને તમારા બાળકની માહિતી આપત્તિ રાહત સંસ્થા સાથે શેર કરવાની જરૂર પડી શકે છે જે અમને તે વ્યક્તિઓને સૂચિત કરવામાં મદદ કરશે.

6. **સંશોધન.** અમે ત્યારે સંશોધકોને માહિતી જાહેર કરી શકીએ છીએ જ્યારે તેમના સંશોધનને સંસ્થાકીય સમીક્ષા બોર્ડ દ્વારા મંજૂર કરવામાં આવે છે જેણે સંશોધન દરખાસ્તની સમીક્ષા કરી છે અને તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતીની ગોપનીયતાને સુનિશ્ચિત કરવા પ્રોટોકોલ સ્થાપિત કર્યા છે.

7. **અંતિમવિધિના નિર્દેશકો.** અમે અંતિમવિધિના નિર્દેશકો અને અપમૃત્યુ-પરીક્ષકને લાગુ કાયદા સાથે સુસંગત તેમની ફરજો નિભાવવા માટે આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરી શકીએ છીએ.

8. **અંગ પ્રાપ્તિ સંસ્થાઓ.** લાગુ કાયદા સાથે સુસંગત, અમે અંગોની પ્રાપ્તિ સંસ્થાઓ અથવા અંગોની પ્રાપ્તિ, બેંકિંગ અથવા પેશીઓના દાન અને પ્રત્યારોપણના હેતુ માટે અંગોના પ્રત્યારોપણમાં રોકાયેલી અન્ય સંસ્થાઓને આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરી શકીએ છીએ.

9. **સંપર્કો.** અમે એપોઇન્ટમેન્ટ રીમાઇન્ડર અથવા સારવારના વિકલ્પો અથવા અન્ય આરોગ્ય-સંબંધિત લાભો અને સેવાઓ, જેમાં તમને રસ હોઈ શકે છે, વિશે માહિતી આપવા માટે તમારો સંપર્ક કરી શકીએ છીએ.

10. **Food and Drug Administration (FDA).** અમે ખોરાક, પૂરવણીઓ, ઉત્પાદન અને ઉત્પાદનની ખામીઓ અથવા ઉત્પાદનને યાદ કરવા, સમારકામ અથવા રિપ્લેસમેન્ટને સક્ષમ કરવા માટે માર્કેટિંગ પછીની સર્વેલન્સ માહિતીના સંદર્ભમાં પ્રતિકૂળ ઘટનાઓને સંબંધિત FDA આરોગ્ય માહિતીને જાહેર કરી શકીએ છીએ.

11. **કામદારોને વળતર.** અમે કામદારોના વળતર અથવા કાયદા દ્વારા સ્થાપિત અન્ય સમાન કાર્યક્રમોને લગતા કાયદાઓનું પાલન કરવા માટે અધિકૃત અને જરૂરી હદ સુધી આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરી શકીએ છીએ.

12. **જાહેર આરોગ્ય.** કાયદા દ્વારા આવશ્યકતા મુજબ, અમે તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતી જાહેર આરોગ્ય અથવા કાનૂની સત્તાવાળાઓને જાહેર કરી શકીએ છીએ જે રોગ, ઈજા અથવા અપંગતાને રોકવા અથવા નિયંત્રિત કરવા માટે જવાબદાર છે.

13. **સુધારાત્મક સંસ્થા.** જો તમારું બાળક સુધારાત્મક સંસ્થાનો રોગી હોય, તો અમે તમારા બાળકના આરોગ્ય અને અન્ય વ્યક્તિઓના આરોગ્ય અને સલામતી માટે જરૂરી આરોગ્ય માહિતી સંસ્થા અથવા તેના એજન્ટોને જાહેર કરી શકીએ છીએ.

14. **કાયદાના અમલીકરણ.** અમે કાયદા દ્વારા આવશ્યકતા મુજબ અથવા માન્ય સબપોનાના જવાબમાં કાયદાના અમલીકરણના હેતુઓ માટે આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરી શકીએ છીએ.

15. **દુર્વ્યવહાર, ઉપેક્ષા અથવા ઘરેલું હિંસા.** જો અમે વ્યાજબીપણે માનીએ કે તમારું બાળક દુર્વ્યવહાર, ઉપેક્ષા અથવા ઘરેલું હિંસાનો ભોગ બન્યું છે, તો અમે તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતી સત્તા, સામાજિક સેવા એજન્સી અથવા રક્ષણાત્મક સેવાઓની એજન્સીને કાયદા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલ હદ સુધી જાહેર કરી શકીએ છીએ. અમે તમને આ જાહેરાતની તરત જ જાણ કરીશું સિવાય કે તે તમારા બાળકને ગંભીર નુકસાનના જોખમમાં મૂકે.

16. **આરોગ્ય દેખરેખની પ્રવૃત્તિઓ.** આરોગ્ય સંભાળ પ્રણાલી, સરકારી લાભ કાર્યક્રમો, સરકાર દ્વારા નિયંત્રિત કાર્યક્રમોની દેખરેખ અથવા નાગરિક અધિકાર કાયદાઓના પાલન માટે અમે કાયદા દ્વારા અધિકૃત પ્રવૃત્તિઓ જેમ કે ઑડિટ, નાગરિક વહીવટી અથવા ફોજદારી તપાસ, નિરીક્ષણ, લાઇસન્સ અથવા શિસ્તની કાર્યવાહી અથવા અન્ય પ્રવૃત્તિઓ માટે આરોગ્ય નિરીક્ષણ એજન્સીને તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરી શકીએ છીએ.

17. **ન્યાયિક અને વહીવટી કાર્યવાહી**. જો પક્ષ દ્વારા તમને સૂચિત કરવાનો પ્રયાસ કરવામાં આવ્યો છે અથવા તમારા બાળકની માહિતી માટે રક્ષણાત્મક હુકમ સુરક્ષિત કરવાનો પ્રયાસ કરવામાં આવ્યો છે તેવી માહિતી મેળવવા પક્ષ તરફથી અમને સંતોષકારક ખાતરીઓ પ્રાપ્ત થાય છે તો અમે કોર્ટ અથવા વહીવટી ટ્રિબ્યુનલના આદેશના જવાબમાં અથવા માન્ય સબપોનાના જવાબમાં તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરી શકીએ છીએ.

18. **રાષ્ટ્રીય સુરક્ષા અને ગુપ્તચર પ્રવૃત્તિઓ.** અમે રાષ્ટ્રીય સુરક્ષા પ્રવૃત્તિઓ માટે અધિકૃત સંઘીય અધિકારીઓને તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતી જાહેર કરી શકીએ છીએ.

તમારા બાળકના આરોગ્યની માહિતીના અધિકારો

જો કે તમારા બાળકનો આરોગ્ય રેકોર્ડ એ Department of Children and Families ની ભૌતિક મિલકત છે, તમારા બાળકના આરોગ્ય રેકોર્ડમાંની માહિતી તમારી અને તમારા બાળકની છે. તમને નીચેના અધિકારો છે:

1. તમે વિનંતી કરી શકો છો કે અમે સારવાર, ચૂકવણી, વિભાગની સામાન્ય આરોગ્ય સંભાળ કામગીરી અને/અથવા કુટુંબના કોઈ ચોક્કસ સભ્ય, અન્ય સંબંધી અથવા નજીકના અંગત મિત્રને સંબંધિત કોઈ ચોક્કસ કારણસર તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતીનો ઉપયોગ ન કરીએ અથવા જાહેર ન કરીએ. અમે કહીએ છીએ કે આવી વિનંતીઓ ગોપનીયતા અધિકારીને લેખિતમાં કરવામાં આવે. જો કે અમે તમારી વિનંતી પર વિચાર કરીશું, કૃપા કરીને ધ્યાન રાખો કે અમે તેને સ્વીકારવાની અથવા તેનું પાલન કરવાની કોઈ જવાબદારી હેઠળ નથી.

2. તમને તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતીના ગોપનીય સંચાર પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. જો તમે જે રીત અથવા સ્થાનથી અસંતુષ્ટ છો કે જ્યાં તમે અમારા તરફથી સંચાર પ્રાપ્ત કરી રહ્યાં છો જે તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતી સાથે સંબંધિત છે, તો તમે વિનંતી કરી શકો છો કે અમે તમને વૈકલ્પિક માધ્યમો દ્વારા અથવા વૈકલ્પિક સ્થાનો પર આવી માહિતી પ્રદાન કરીએ. આવી વિનંતી લેખિતમાં કરવી જોઈએ, અને ગોપનીયતા અધિકારીને સબમિટ કરવી જોઈએ. અમે તમામ વાજબી વિનંતીઓને સમાવીશું.

3. તમે તમારા બાળક વિશેની આરોગ્ય માહિતીની તપાસ કરવા અને/અથવા તેની નકલો મેળવવા વિનંતી કરી શકો છો, જે તમને 30 દિવસની અંદર પૂરી પાડવામાં આવશે. આવી વિનંતીઓ ગોપનીયતા અધિકારીને લેખિતમાં કરવી આવશ્યક છે. જો તમે નકલ મેળવવા માટે વિનંતી કરો છો, તો તમારી પાસેથી વાજબી ફી લેવામાં આવી શકે છે.

4. જો તમે માનતા હોવ કે તમારા બાળકના રેકોર્ડમાંની કોઈપણ આરોગ્ય માહિતી ખોટી છે અથવા જો તમે માનતા હોવ કે મહત્વપૂર્ણ માહિતી ખૂટે છે, તો તમે વિનંતી કરી શકો છો કે અમે હાલની માહિતીને સુધારીએ અથવા ખૂટતી માહિતી ઉમેરીએ. તમારે તમારી વિનંતીને સમર્થન આપવાનું કારણ પ્રદાન કરવું આવશ્યક છે. આવી વિનંતીઓ ગોપનીયતા અધિકારીને લેખિતમાં કરવી આવશ્યક છે.

5. તમે વિનંતી કરી શકો છો કે અમે તમને છ વર્ષ સુધીના સમયગાળા માટે તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતી વિશે અમારા દ્વારા કરવામાં આવેલ તમામ જાહેરાતોનો લેખિત હિસાબ પ્રદાન કરીએ; જો કે, 14 એપ્રિલ, 2003 પહેલા કરાયેલી જાહેરાતોનો કાયદા દ્વારા હિસાબ આપવાની જરૂર નથી. અમે કહીએ છીએ કે આવી વિનંતીઓ ગોપનીયતા અધિકારીને લેખિતમાં કરવામાં આવે. કૃપા કરીને નોંધ કરો કે એકાઉન્ટિંગમાં નીચેના પ્રકારનાં ખુલાસાઓનો સમાવેશ થતો નથી: સારવાર, ચુકવણી અથવા આરોગ્ય સંભાળ કામગીરી માટે કરાયેલી જાહેરાતો; તમને અથવા તમારા કાનૂની પ્રતિનિધિને, અથવા તમારા બાળકની સંભાળ સાથે સંકળાયેલી અન્ય કોઈપણ વ્યક્તિઓને કરવામાં આવેલી જાહેરાતો; તમારા અથવા તમારા કાનૂની પ્રતિનિધિ દ્વારા અધિકૃત જાહેરાતો; સુધારાત્મક સંસ્થાઓ અથવા કાયદા અમલીકરણ અધિકારીઓ અથવા રાષ્ટ્રીય સુરક્ષા હેતુઓ માટે જાહેરાતો; ડિરેક્ટરીમાંથી કરાયેલી જાહેરાતો; અને તમારા બાળકની આરોગ્ય માહિતીના અનુમતિપાત્ર ઉપયોગો અને જાહેરાતો (ઉદાહરણ તરીકે, જ્યારે પસાર થતા અન્ય દર્દી દ્વારા માહિતી સાંભળવામાં આવે છે) કોઈપણ બાર મહિનાના સમયગાળામાં કરવામાં આવેલ એકાઉન્ટિંગ માટે પ્રથમ વિનંતી માટે કોઈ શુલ્ક નથી, પરંતુ તે જ બાર મહિનાના સમયગાળામાં વધારાની વિનંતીઓ માટે વાજબી શુલ્ક હોઈ શકે છે.

6. તમને વિનંતી પર અમારી ગોપનીયતા વ્યવહારની સૂચનાની કાગળની નકલ મેળવવાનો અધિકાર છે.

7. તમે આરોગ્ય માહિતીનો ઉપયોગ કરવા અથવા જાહેર કરવા માટેની કોઈપણ અધિકૃતતા રદ કરી શકો છો, સિવાય કે પગલાં લેવામાં આવ્યા હોય તે હદ સિવાય. આવી વિનંતી ગોપનીયતા અધિકારીને લેખિતમાં કરવી આવશ્યક છે.

વધુ માહિતી માટે અથવા કોઈ સમસ્યાની જાણ કરવા માટે

જો તમને પ્રશ્નો હોય અને વધારાની માહિતી જોઈતી હોય, તો તમે નીચેના સરનામે વિભાગના ગોપનીયતા અધિકારીનો સંપર્ક કરી શકો છો.

જો તમે માનતા હોવ કે તમારા બાળકના ગોપનીયતા અધિકારોનું ઉલ્લંઘન થયું છે, તો તમે અમારી પાસે ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો. આ ફરિયાદો વિભાગના ગોપનીયતા અધિકારીને લેખિતમાં નોંધાવવી આવશ્યક છે. વિભાગના ગોપનીયતા અધિકારી પાસેથી ફરિયાદ ફોર્મ મેળવી શકાય છે અને જ્યારે તે પૂર્ણ થાય ત્યારે તેને અહીં પરત કરવું જોઈએ:

State of New Jersey, Department of Children and Families
PO Box 717 Trenton, NJ 08625

તમે સંઘીય Department of Health and Human Services ના સેક્રેટરીને પણ અહીં પત્ર લખીને ફરિયાદ નોંધાવી શકો છો:

DHHS
200 Independence Avenue SW
Washington DC 20201

જ્યારે સમસ્યા થાય ત્યારે 180 દિવસની અંદર આ કરવાની જરૂર છે. તમે **866-627-7748** પર કૉલ કરીને નાગરિક અધિકારના કાર્યાલયને પણ ફરિયાદ કરી શકો છો.

જો તમે વિભાગના ગોપનીયતા અધિકારીને અથવા આરોગ્ય અને માનવ સેવાના સચિવને ફરિયાદ કરો છો, તો તમારા બાળક સામે કોઈ વિરુદ્ધ કાર્યવાહી કરવામાં આવશે નહીં અને તમારા બાળકના લાભોને અસર થશે નહીં.

ભેદભાવ કાયદાની વિરુદ્ધ છે

PerformCare લાગુ ફેડરલ નાગરિક અધિકાર કાયદાઓનું પાલન કરે છે અને જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઉંમર, અપંગતા અથવા લિંગના આધારે ભેદભાવ કરતું નથી. PerformCare જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઉંમર, વિકલાંગતા અથવા લિંગને કારણે લોકોને બાકાત રાખતું નથી અથવા તેમની સાથે અલગ વર્તન કરતું નથી.

PerformCare એ New Jersey Children's System of Care દ્વારા સેવાઓને ઍક્સેસ કરવામાં ભાષા અવરોધો ઘટાડે છે:

- અમારી સાથે અસરકારક રીતે વાતચીત કરવા માટે વિકલાંગ લોકોને મફત સહાય અને સેવાઓ પ્રદાન કરે છે, જેમ કે:
  - અન્ય ફોર્મેટમાં લેખિત માહિતી (મોટા પ્રિન્ટ, ઓડિઓ, સુલભ ઇલેક્ટ્રોનિક ફોર્મેટ, અન્ય ફોર્મેટ).
  - ટેલિકોમ્યુનિકેશન સાધન જેમ કે ડિવાઇસ ફોર ધ ડેફ (TDD) અને ટેક્સ્ટ ટેલિફોન (TTY) સિસ્ટમ જે વ્યક્તિઓ બહેરા છે, સાંભળવામાં અસમર્થ છે અથવા બોલવામાં સમસ્યા ધરાવે છે તેઓ વાતચીત કરવા માટે ફોનનો ઉપયોગ કરી શકે છે.
- જેમની પ્રાથમિક ભાષા અંગ્રેજી નથી તેવા લોકોને કોઈપણ કિંમતે ભાષા સેવાઓ પૂરી પાડવી, જેમ કે:
  - લાયકાત ધરાવતા દુભાષિયા સેવાઓ.
  - અન્ય ભાષાઓમાં લખેલી માહિતી.

જો તમને આ સેવાઓની જરૂર હોય, તો PerformCare નો **1-877-652-7624** અથવા [**TTY** (સાંભળવાની ક્ષતિવાળા લોકો માટે) **1-866-896-6975**] પર સંપર્ક કરો. દિવસના 24 કલાક, સપ્તાહના સાત દિવસ અમે ઉપલબ્ધ છીએ.

જો તમે માનતા હો કે PerformCare આ સેવાઓ પ્રદાન કરવામાં નિષ્ફળ ગયું છે અથવા જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઉંમર, અપંગતા અથવા લિંગના આધારે અન્ય રીતે ભેદભાવ કરવામાં આવ્યો છે, તો તમે PerformCare ના ગુણવત્તા વિભાગને મેઇલ અથવા ફોન દ્વારા, **1-877-652-7624** પર કૉલ કરીને અથવા અહીં લખીને ફરિયાદ સબમિટ કરી શકો છો:

PerformCare અહીં મોકલો: Quality Department
300 Horizon Center Drive, Suite 306,
Robbinsville, NJ 08691

જો તમને ફરિયાદ દાખલ કરવામાં મદદની જરૂર હોય, તો PerformCare નો ગુણવત્તા વિભાગ તમને મદદ કરવા માટે ઉપલબ્ધ છે.

તમે U.S. Department of Health and Human Services, નાગરિક અધિકારની ઓફિસ સાથે ઇલેક્ટ્રોનિક રીતે નાગરિક અધિકાર ફરિયાદ પોર્ટલ, જે https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf પર ઉપલબ્ધ છે, તે દ્વારા, અથવા અહીં મેઇલ અથવા ફોન કરીને પણ નાગરિક અધિકાર ફરિયાદ દાખલ કરી શકો છો:

U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201

1-800-368-1019, **1-800-537-7697** (**TDD**)

http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html પર ફરિયાદ ફોર્મ ઉપલબ્ધ છે.

બહુભાષી દુભાષિયા સેવાઓ

ધ્યાન આપો: જો તમે અંગ્રેજી બોલતા નથી, તો ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે કોઈપણ ખર્ચ વિના ઉપલબ્ધ છે. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) પર કોલ કરો.

Spanish: Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Portuguese: Atenção: Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Arabic:
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-652-7624 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-896-6975 :TTY).

Haitian Creole: Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Chinese Mandarin: 注意：如果您说中文普通话/国语，我们可为您提供免费语言援助服务。请致电：**1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)**。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)** 번으로 전화해 주십시오.

Bengali: লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১**1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)**।

French: Attention : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Vietnamese: Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)** पर कॉल करें।

Chinese Cantonese: 注意：如果您使用粵語，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)**。

Polish: Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Urdu:
توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں - کال کریں. **1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)**

Turkish: Dikkat: Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) numaralı telefonu arayın.

Russian: Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).