

**Early On® माता-पिता की सहमति**  
**Early On® Parental Consent**

**आकलन/मूल्यांकन प्रकार**  
**Assessment/Evaluation Type**

- प्रारंभिक मूल्यांकन
- Initial Evaluation
- प्रारंभिक आकलन
- Initial Assessment
- जारी पात्रता के लिए मूल्यांकन
- Evaluation for Ongoing Eligibility
- जारी आकलन
- Ongoing Assessment

**बच्चे और माता-पिता/अभिभावक की जानकारी**  
**Child and Parent/Guardian Information**

बच्चे का कानूनी नाम:

Child's Legal Name:

माता-पिता/ अभिभावक का नाम:

Parent/Guardian Name:

जन्म तिथि:

Birth Date:

**जानकारी**  
**Information**

*Early On* मिशिगन यह सुनिश्चित करने में सहायता करता है कि पात्र बच्चों को स्वस्थ रहने, बढ़ने और उचित कौशल विकसित करने के लिए आवश्यक सेवाएं प्राप्त होती हैं। यह पता लगाने के लिए कि क्या आपका बच्चा *Early On* सेवाओं का पात्र है, या आपके बच्चे के विकास का आकलन करने के लिए, आपके बच्चे का निम्नलिखित क्षेत्रों में मूल्यांकन किया जाएगा:

*Early On* Michigan helps to make sure eligible children get the services they need to be healthy, grow and develop appropriate skills. To find out if your child qualifies for services from *Early On*, or to assess your child's development, your child will be evaluated in the following areas:

- संचार:
- Communication:
  - ▶ आपका बच्चा कैसे समझता है और वह आपको कैसे बताता है कि वह क्या चाहता है।
  - ▶ how your child understands and lets you know what he/she wants.
- सामाजिक-भावनात्मक:
- Social-Emotional:

अपडेट किया गया: 13 अक्टूबर 2016; अपडेट लिंक 12 जुलाई 2021

Updated: October 13, 2016; Update link July 12, 2021

- ▶ आपका बच्चा परिवार के सदस्यों और अन्य लोगों के साथ कैसे घुलता-मिलता है।
- ▶ how your child gets along with family members and other people.
- संज्ञानात्मक:
- Cognitive:
  - ▶ आपका बच्चा कैसे सोचता है और समस्याओं को हल करता है।
  - ▶ how your child thinks and solves problems.
- अडैप्टिव:
- Adaptive:
  - ▶ आपका बच्चा कपड़े पहनने, भोजन करने और शौच करने जैसे काम कैसे करता है।
  - ▶ how your child performs tasks such as dressing, feeding, and toileting.
- शारीरिक:
- Physical:
  - ▶ गति संबंधी कौशल - आपका बच्चा कैसे मूव करता है।
  - ▶ *Motor* – how your child moves.
  - ▶ *स्वास्थ्य की स्थिति* - दृष्टि और श्रवण स्क्रीनिंग सहित आपके बच्चे के स्वास्थ्य इतिहास और स्थिति की समीक्षा।
  - ▶ *Health Status* – review of your child’s health history and status, including vision and hearing screening.

आप अपने बच्चे को सबसे अच्छे से जानते हैं और अपने बच्चे के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी प्रदान कर सकते हैं। इसके अतिरिक्त, आपके बच्चे के डॉक्टर और आपके बच्चे को जानने वाले अन्य लोगों से उसकी ताकत, ज़रूरतों, स्वास्थ्य और विकास के बारे में जानकारी देने के लिए कहा जा सकता है। *Early On* केवल आपकी अनुमति से आपके बच्चे के बारे में जानकारी एकत्र करता है।

You know your child best and can provide important information about your child. Additionally, your child’s doctor and others who know your child may be asked to provide information about strengths, needs, health and development. *Early On* only gathers information about your child with your permission.

एकत्रित की गई जानकारी को *Early On* के गोपनीय रिकॉर्ड में रखा जाता है। [Early On कैसे काम करता है और आपके परिवार के अधिकारों के बारे में अधिक जानकारी 1800earlyon.org वेबसाइट के Early On मिशिगन फैमिली रिसोर्स वेबपेज में उपलब्ध है।](#)

The information gathered is kept in a confidential *Early On* record. More information about how *Early On* works and your family’s rights is located on the [Early On Michigan Family Resources](#) webpage of the [1800earlyon.org](#) website.

## सहमति Consent

लागू होने वाले निम्नलिखित कथनों के लिए कृपया हां या नहीं इंगित करें:  
Please indicate Yes or No for the following statements that apply:

- मैं यह जानना चाहूंगा कि क्या मेरा बच्चा और परिवार *Early On* मिशिगन में भाग लेने या भाग लेना जारी रखने के पात्र हैं।
- I would like to learn if my child and family are eligible to participate or continue in *Early On* Michigan.

हाँ नहीं मैं अपने बच्चे की क्षमताओं के मूल्यांकन/आकलन के लिए सहमति देता हूँ।  
Yes No I consent to the evaluation/assessment of my child's abilities.

हाँ नहीं मैं अपने बच्चे के मूल्यांकन/आकलन में सहायता के लिए चिकित्सा, शैक्षिक या अन्य अभिलेखों की समीक्षा के लिए सहमति देता हूँ।  
Yes No I consent to the review of medical, educational or other records to assist in the evaluation/assessment of my child.

हाँ नहीं मैं इस सहमति फॉर्म को समझता हूँ  
Yes No I understand this consent form

- मैं अपने बच्चे के मूल्यांकन/आकलन के लिए सहमति नहीं देता हूँ। मैं समझता हूँ कि मेरे बच्चे का *Early On* पात्रता के लिए मूल्यांकन नहीं किया जाएगा। मैं समझता हूँ कि खास परिवार सेवा प्लान (IFSP) को सहमति और मूल्यांकन के बिना तैयार नहीं किया जाएगा और हमें *Early On* मिशिगन के माध्यम से उपलब्ध सेवाएं प्राप्त नहीं होंगी।
- I do not give consent for an evaluation/assessment of my child. I understand that my child will not be evaluated for *Early On* eligibility. I understand that without consent and evaluation, an Individualized Family Service Plan (IFSP) will not be developed and we will not receive services available through *Early On* Michigan.

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर:  
Signature of Parent/Guardian:

तिथि:  
Date:

*Early On* प्रतिनिधि:  
*Early On* Representative:

तिथि:  
Date: