

သင့်ကလေးသည် ဆက်သွယ်ပြောဆို ရာတွင် အကူအညီ လိုအပ်သည်

အသက် 6 လမပြည့်မီ သင့်ကလေးကို ငယ်ရွယ်စဉ်ကုသခြင်း တွင် စာရင်းသွင်းပါ



- သင့်ကလေးသည် နားမကြားပါက သို့မဟုတ် နားလေးပါက သင်၏ဒေသန္တရ ကျန်းမာရေးဌာနသည် သင့်မိသားစုကို ကူညီရန်အတွက် သင့်အား အခမဲ့ ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ချိတ်ဆက်ပေးနိုင်ပါသည်။ နယူးယောက်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန (New York State Department of Health, NYSDOH) ၏ ငယ်ရွယ်စဉ်ကုသခြင်း ပရိုဂရမ် (Early Intervention Program) တွင် သင့်ကလေး၏ ငယ်ရွယ်စဉ် ဘာသာစကားဖွံ့ဖြိုးမှုအတွက် ပံ့ပိုးကူညီရန် အထူး ဝန်ဆောင်မှုများ ရှိပါသည်။
- ငယ်ရွယ်စဉ်ကုသခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများကို သင် စောစောစတင်လေ သင့်ကလေးတွင် အရွယ်နှင့်ကိုက်ညီသော ဆက်သွယ်ပြောဆိုနိုင်စွမ်း ဖွံ့ဖြိုးနိုင်ခြေ များလေ ဖြစ်သည်။
- သင်၏အကြားအာရုံပိုင်းဆိုင်ရာ ပညာရှင် (အကြားပိုင်းဆိုင်ရာ ကုသမှု ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်)၊ ကလေးအထူးကု သို့မဟုတ် အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူက သင့်အား သင့်ကောင်တီ သို့မဟုတ် မြို့ရုံး ငယ်ရွယ်စဉ်ကုသခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ကူညီချိတ်ဆက်ပေးနိုင်ပါသည်။
- အောက်ဖော်ပြပါတို့မှတစ်ဆင့်လည်း NYSDOH ၏ ငယ်ရွယ်စဉ်ကုသခြင်း ဗျူရို (Bureau of Early Intervention) သို့ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်-
 - > ဖုန်း- **(518) 473-7016**
 - > အီးမေးလ်- **beipub@health.ny.gov**

ငယ်ရွယ်စဉ်ကုသခြင်း ပရိုဂရမ်သို့ ဆက်သွယ်သောအခါတွင် ဤအချက်အလက်များကို မျှဝေရန် အသင့်ပြင်ထားပါ-

သင့်ကလေး၏ အမည် _____

သင့်ကလေး၏ မွေးသက္ကရာဇ် _____

မိဘ/ပြုစောင့်ရှောက်သူ၏ အမည် _____

မိဘ/ပြုစောင့်ရှောက်သူ၏ လိပ်စာ _____

မိဘ/ပြုစောင့်ရှောက်သူ၏ ဖုန်းနံပါတ် _____

မိဘ/ပြုစောင့်ရှောက်သူ၏ အီးမေးလ် _____

အကြားအာရုံပိုင်းဆိုင်ရာ ပညာရှင်၏ အမည် _____

အကြားအာရုံပိုင်းဆိုင်ရာ ပညာရှင်၏ ဖုန်းနံပါတ် _____

အကြားအာရုံပိုင်းဆိုင်ရာ ပညာရှင်၏ အီးမေးလ် _____

မည်သို့ဆက်ဖြစ်မည်နည်း။

- စစ်ဆေးအကဲဖြတ်မှုအတွက် စီစဉ်ရန် ငယ်ရွယ်စဉ်ကုသခြင်းထံမှ တစ်ဦးတစ်ယောက်က သင့်ထံ ဆက်သွယ်ပါမည်။
- စစ်ဆေးအကဲဖြတ်မှုတွင် မိဘ သို့မဟုတ် ပြုစောင့်ရှောက်သူ ပါဝင်ရန် အရေးကြီးပါသည်။
- ငယ်ရွယ်စဉ်ကုသခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများထံမှ အကြောင်းပြန်ဆိုမှုကို တစ်ပတ်ဝန်းကျင်အတွင်း မကြားသိရပါက NYSDOH ၏ ငယ်ရွယ်စဉ်ကုသခြင်း ဗျူရိုထံ ဆက်သွယ်ပါ။

 ထပ်လောင်းအချက်အလက်များအတွက်- health.ny.gov/EHDI

