

# مرکز ارتباط کودکان و اطفال ویرجینیا



خطاب به: خانواده

آدرس

شهر، ایالت و کد پستی

موضوع: نام کودک

شماره شناسایی

## تایید جلسات/فعالیت های برنامه ریزی شده ITCV-PS-5(0) 7/10

تاریخ: \_\_\_\_\_

جناب: \_\_\_\_\_

بدینوسیله جلسه(جلسات)/فعالیتی(هایی) که قبلا برای فرزند شما مورد بحث قرار گرفته بود را تایید می نمایم. این جلسه(جلسات)/فعالیت(ها) به نحوی که برای خانواده شما راحت باشد، برنامه ریزی شده است و در صورت ضرورت، امکان تغییر در این برنامه زمانی وجود دارد

- **ارزیابی طراحی خدمات:** کمک به IFSP جهت تشخیص خدمات و حمایت های مداخله بموقع ضروری برای مرتفع ساختن نیازهای منحصر به فرد فرزند خود در تمامی زمینه های رشد و تکوین

مکان

زمان

تاریخ

- **جلسه طرح خدمات خانوادگی انفرادی (IFSP):** تهیه یک طرح خانوادگی در بر دارنده پیامدها، استراتژی ها، خدمات و حمایت هایی است که بنا به تشخیص گروه برای فرزند شما و خانواده مناسب می باشد IFSP ابتدایی باید ظرف 45 روز بعد از تاریخ ارجاع فرزند شما به بخش C تکمیل گردد، مگر اینکه این بازه زمانی را به منظور مطابقت با نیازها و ضروریات خانوادگی تمدید کرده باشید

مکان

زمان

تاریخ

شما می توانید از هر شخصی جهت شرکت در جلسه/بازنگری دعوت به عمل آورید. ممکن است آنها حضور فیزیکی در جلسه/بازنگری نداشته باشند، اما اطلاعات خود را به صورت مکتوب یا شفاهی ارائه خواهند کرد. تمامی این اطلاعات در اختیار شما قرار خواهند گرفت. شما می توانید از هر شخصی جهت شرکت در جلسه/فعالیت دعوت به عمل آورید.

دوره آموزشی

نام(ها) (شخص یا نماینده وی)

چنانچه سوالی درباره اطلاعات فوق یا جدول زمانبندی دارید، لطفا از طریق \_\_\_\_\_ با من/ما تماس بگیرید.  
با احترام،

نام(ها)/عنوان(عناوین)

ارسال پستی  تحویل دستی

توجه: یک کپی از این فرم در اختیار والدین قرار داده خواهد شد.

DMH 888E 1048 R7/10(1)