



## 수혜 자격 결정 양식

아동 이름:

수혜 자격 결정 일자:

생년월일:

연령:

조정연령:

부모 성명:

서비스 조정관 이름

수혜 자격 결정 종류(하나만 선택):  최초  연간  잠정적

기록에 의한 수혜 자격 확정 (이 칸을 표시할 경우 수혜 자격 내용과 서명만 작성해야 함)

사용 기록:

수혜 자격 내용:

이 아동은 버지니아주 영유아 단체 서비스 수혜 자격이 없음

담당 기관:

다음 기준에 따라 이 아동은 버지니아주 영유아 단체의 서비스 수혜 자격이 있음(모든 해당 사항 표시)

발달 지체(Developmental Delay) - 적어도 발달의 한 분야에서 생활 연령 또는 조정 연령의 최소 25% 이상 발달 지체를 보이는 영유아.

비전형 발달(Atypical development)

신체적 또는 정신적 상태가 발달 지체로 이어질 가능성이 높은 것으로 진단 받음.

다음과 같증거자료가 있는 분야를 표시(

진단 받은 육체적 또는 정신적 상태에 대한 증거자료가 있는 분야를 표시(√)하십시오.

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 심각한 뇌질환을 동반한 발달</li> <li><input type="checkbox"/> 중증의 중추신경계 이상</li> <li><input type="checkbox"/> 뇌수종을 수반한 중증의 3등급 뇌실내 출혈<br/>혹은 4등급 뇌실내 출혈</li> <li><input type="checkbox"/> 선천성 감염 증상</li> <li><input type="checkbox"/> 태아 알코올 증후군, 약물금단 및 경련<br/>방지제(anticonvulsants),<br/>항암제(antineoplastics) 및<br/>항응고제(anticoagulants)의 만성적 사용에 따른<br/>독소 노출로 인한 영향</li> <li><input type="checkbox"/> 척수수막류(meningomyelocele)</li> <li><input type="checkbox"/> 선천적 혹은 후천적 청각 상실</li> <li><input type="checkbox"/> 시각 장애</li> <li><input type="checkbox"/> 다운증후군 등의 염색체 이상</li> <li><input type="checkbox"/> 퇴원 시 신경이상 검사에서 뇌 혹은 척수<br/>의상성 장애 판정</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 선천성 대사 장애</li> <li><input type="checkbox"/> 소두증(작은 머리증)</li> <li><input type="checkbox"/> 중증의 애착 장애</li> <li><input type="checkbox"/> 성장 실패</li> <li><input type="checkbox"/> 자폐 스펙트럼 장애</li> <li><input type="checkbox"/> 지체 장애로 연결될 가능성이 높은 내분비 장애</li> <li><input type="checkbox"/> 지체 장애로 연결될 가능성이 높은 내분비 이상<br/>혈색소증</li> <li><input type="checkbox"/> 구순열 또는 구개 파열</li> <li><input type="checkbox"/> 백질연화증</li> <li><input type="checkbox"/> 28개월 또는 미만에 해당하는 임신령</li> <li><input type="checkbox"/> 28일 또는 이상에 해당하는<br/>신생아집중치료실(NICU) 입원</li> <li><input type="checkbox"/> 여러 분야의 전문가들로 구성된 팀의 판단에<br/>따른 기타 정신적 또는 신체적 상태</li> </ul> |
|--|--|

기타 상황 기술:

수혜 자격 결정에 사용된 방법 및 서류(위 "기록에 의한 수혜 자격 확정"에 표시하지 않은 경우).

수혜 자격 결정에 사용된 경우 표시(√)하십시오

- 아동의 현재 건강 상태, 신체 발달(시각 및 청각 포함)과 병력과 관련하여 주치의 및 다른 출처에서 입수한 최근 6개월 이내의 관련 의료 기록에 대한 검토. 검토된 기록:
- 부모의 동의 하에 6개월 이상 경과된 출생 기록, 신생아 검사 결과, 조기 병력 등과 같은 다른 기록들에 대한 재검토.
- 현재 진행 중인 평가(잠정적 또는 연례 결정에 한함)
- 부모에 대한 보고서
- 공식/비공식 관찰
- 입수한 임상 의견
- Part C 시력 검사
- Part C 청력 검사
- 종합적 발달 검사
  - 발달 검사 담당자:
  - 발달 검사에 사용된 도구:
- 기타
  - 기타 상황 기술:



## 수혜 자격 결정 양식

아동 이름:

수혜 자격 결정 일자:

생년월일:

연령:

조정연령:

### 수혜 자격에 대한 설명

(중요한 정보 및 그 정보를 수혜 자격 결정에 사용한 내용에 대해 서술하십시오.)

### 수혜 자격 결정 팀

수혜 자격 결정 과정에 다음과 같은 사람들이 참가하였습니다.

서비스 조정관(서명):	<input type="checkbox"/> 회의 참석 <input type="checkbox"/> 서면 보고서 제출 <input type="checkbox"/> 외부 정보원에서 입수한 서면 보고서 재검토 <input type="checkbox"/> 전화, 이메일 등으로 참여
서비스 제공자(서명 및 직책):  담당분야: <input type="checkbox"/> 교육학자/특수교육전문가 <input type="checkbox"/> 작업 요법사 <input type="checkbox"/> 물리치료사 <input type="checkbox"/> 언어병리학자 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 회의 참석 <input type="checkbox"/> 서면 보고서 제출 <input type="checkbox"/> 외부 정보원에서 입수한 서면 보고서 재검토 <input type="checkbox"/> 전화, 이메일 등으로 참여
서비스 제공자(서명 및 직책):  담당분야: <input type="checkbox"/> 교육학자/특수교육전문가 <input type="checkbox"/> 작업 요법사 <input type="checkbox"/> 물리치료사 <input type="checkbox"/> 언어병리학자 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 회의 참석 <input type="checkbox"/> 서면 보고서 제출 <input type="checkbox"/> 외부 정보원에서 입수한 서면 보고서 재검토 <input type="checkbox"/> 전화, 이메일 등으로 참여
서비스 제공자(서명 및 직책):  담당분야: <input type="checkbox"/> 교육학자/특수교육전문가 <input type="checkbox"/> 작업 요법사 <input type="checkbox"/> 물리치료사 <input type="checkbox"/> 언어병리학자 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 회의 참석 <input type="checkbox"/> 서면 보고서 제출 <input type="checkbox"/> 외부 정보원에서 입수한 서면 보고서 재검토 <input type="checkbox"/> 전화, 이메일 등으로 참여

수혜 자격이 기록에 의해 확정되어 있지 않을 경우 이 양식에는 서로 다른 두 가지 분야에 대해 기술되어 있어야 합니다.

만약 수혜 자격이 기록에 의해 확정되어 있지 않다면 하나의 서명만 필요합니다.

인쇄된 이름이나 전자 서명을 사용할 수 있습니다.