



# Infant & Toddler Connection of Virginia

به: خانواده

نشانی

شهر، ایالت و کد پستی

عطف به: نام کودک

## اعلامیه رضایت برای ارزیابی برنامه ریزی خدمات ITCV-PS-1(R) 6-12

### دلیل اعلامیه

Infant & Toddler Connection of Virginia ملزم است که اعلامیه از قبل کتبی را در مدت قابل قبولی (5 روز تقویمی) قبل از اجرای فعالیت های ارزیابی برای برنامه ریزی خدمات در اختیار شما قرار دهد. لازم است که شما رضایت آگاه و کتبی خود را برای این فعالیت ها از طریق امضاء زیر ابراز نمائید. منظور از ارزیابی تشخیص توانایی ها و نیازهای رشدی فرزند شما به اضافه شناسایی نیازهای خانواده شما برای کمک به فرزندتان می باشد. این اظهاریه شما از آن اعلامیه می باشد.

### توصیف

ارزیابی برای برنامه ریزی خدماتی شامل چندین مرحله در روال مداخله زودهنگام می شود. فعالیت های درخواست شده از طریق ترکیبی از تماس (های) تلفنی و/یا ملاقات (ها) با خانواده شما انجام خواهد شد. تعداد ملاقات ها و تماس های تلفنی لازم برای انجام این فعالیت ها فردی شده تا نیازهای خانواده شما برای اطلاعات، فرصت برای ملاحظه گزینه ها و سایر ترجیحات زمانی خانواده برآورده شوند. یک گروه چند رشته ای اطلاعات موجود پزشکی و رشدی را بررسی کرده و مشاهده و ارزیابی کودک مشمول شما را انجام خواهد داد تا به گروه IFSP کمک شود حمایت و خدمات مداخله زودهنگام لازم برای برآوری نیازهای خاص فرزند شما را در همه زمینه های رشد برآورده کند. این مرحله در روند مداخله زودهنگام شامل شناسایی منابع، اولویت ها و دلنگرانی های خانواده شما از طریق ارزیابی داوطلبانه خانواده با استفاده از روشی که برای شما رضایتبخش هست نیز می شود.

### اقدام پیشنهادی

یک ارزیابی گروه چند رشته ای توسط حداقل دو شخص واجد شرایط در زمینه های گوناگون یا یک شخص که در بیش از یک زمینه واجد شرایط است انجام خواهد شد. شما قویاً تشویق می شوید که به عنوان عضوی از این گروه مشارکت نمائید. شما بهترین آشنائی را با فرزندتان دارید و اطلاعات مهمی را در مورد فرزندتان می توانید ارائه نمائید. این ارزیابی دیدگاه جامعی در مورد نحوه عملکرد فرزند شما در زمینه مهارت های رشدی مربوط به ادراک، حرکت درشت، حرکت ریز، برقراری ارتباط، اجتماعی- احساسی، سازگاری، بینائی و شنوایی می باشد. اگر قبلاً انجام نشده باشد، یک غربالگری بینائی و شنوایی نیز به عنوان بخشی از این ارزیابی انجام خواهد شد. این ارزیابی با اجازه شما شامل گفتگویی در مورد روند ها و فعالیت های روزانه خانواده شما و نظرات شما در مورد نحوه عملکرد فرزند شما در طول فعالیت های روزانه می شود. این نتایج در پرونده مداخله زودهنگام فرزند شما نگه داری شده و صرفاً با رضایت کتبی شما در میان گذاشته خواهد شد.

### جدول زمانی

تشخیص مشمولیت برای خدمات مداخله زودهنگام، ارزیابی گروه چند رشته ای و تهیه طرح خدمات فردی شده خانواده ها (IFSP) بایستی در ظرف 45 روز تقویمی از تاریخی که فرزند شما به Infant & Toddler Connection of Virginia ارجاع داده شد تکمیل شود مگر اینکه خانواده شما به وقت بیشتری نیاز داشته باشد. اگر خانواده شما به وقت بیشتری علاوه بر 45 روز نیاز دارد، لطفاً به هماهنگ کننده خدمات خود اطلاع دهید.

تاریخی که فرزند شما به Infant & Toddler Connection of Virginia ارجاع داده شد \_\_\_\_\_

### اظهاریه دریافت و رضایت

من یک نسخه و توصیفی از حقوق خانواده تحت بخش C از IDEA را دریافت کرده (اعلامیه حقوق و ضمانت های کودک و خانواده شامل اطلاعاتی در مورد سهم هزینه خانواده) و آنها را درک می کنم.

من رضایت آگاه خود را برای انجام ارزیابی فعالیت (ها) که در بالا توصیف شد به Infant & Toddler Connection of Virginia می دهم / نمی دهم.

من رضایت آگاه خود را برای انجام ارزیابی خانواده به Infant & Toddler Connection of Virginia می دهم / نمی دهم. عدم پذیرش مشارکت در ارزیابی خانواده توانائی ما در دریافت حمایت و خدماتی که فرزندم برایشان واجد شرایط است را به خطر نمی اندازد.

انتخابی:

من توجه دارم و قبول می کنم که این فعالیت (ها) ممکن است در ظرف 5 روز تقویمی از جدول زمانی اعلامیه از قبل پیش بیایند.

پاراف ولی (والدین) \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

امضای ولی (والدین) \_\_\_\_\_  
دریافت توسط: \_\_\_\_\_  
تاریخ \_\_\_\_\_  
نام/سمت \_\_\_\_\_  
تاریخ \_\_\_\_\_

تذکر: والدین نسخه ای از این فرم را دریافت می کنند.