



弗吉尼亚州婴幼儿联盟
个别化家庭服务计划 (IFSP)
此处为当地系统名称

第一部分：儿童与家庭信息

儿童姓名： _____ 出生日期： _____

性别： 男 女 儿童居住的县或城市： _____

IFSP 日期： _____ 初始 年度 # _____ 6 个月审核期到期日： _____

审查结束日期： _____

家庭主要语言和/或沟通模式： _____ 儿童的 (如不同) _____

Medicaid 编号 (可选)： _____

家长和/或其他家庭成员的姓名、地址、电话及其他联系方式：

服务协调员姓名、所在机构、地址、电话号码、电子邮件及传真号：

根据联邦《残疾人教育法》C 部分之规定，
将向符合资格的儿童及其家庭提供早期干预服务。

儿童姓名: _____
IFSP 日期: _____ 出生日期: _____



第二部分：团队评估

A. 转介信息、病史、健康状况：

B. 日常活动和生活

早期干预支持和服务旨在融入您的家庭生活，并成为孩子日常活动的一部分。

- 孩子每日（或每周）所做的事情
- 孩子喜欢的活动
- 让您和孩子在一天之中感到困难或沮丧的活动或时间（如有）
- 您和孩子所去（或想要去）的地方
- 您希望全家人一起做的事情，但由于孩子的需求而无法做到（如有）

C. 家人担忧的问题、优先考虑事项及拥有的资源：

为向孩子和家庭提供更好的支持，若能够了解什么对您的家庭至关重要，这对我们将大有帮助。为满足孩子和家庭的需求，家人担忧的问题、优先考虑事项及拥有的资源将作为取得干预成果及确定干预策略和活动的基础。您可以与我们分享您的大量信息，也可以保持沉默。

完全自愿！

即使未填写本部分，孩子仍可接受服务。

_____ 家长姓名首字母（若选择不在 IFSP 中包含此信息）。

家人担忧的问题

我担忧孩子的健康和/或发育问题（如有）。我需要或希望为孩子和/或家庭提供的信息、资源及/或支持。

我家中的优先考虑事项

对于孩子和/或家庭而言，最重要的事情。

我家中的资源

孩子/家庭所拥有的支持资源，包括人力、活动、计划/组织

儿童姓名: _____
 IFSP 日期: _____ 出生日期: _____



第二部分：团队评估

D. 总结孩子的发育问题（基于孩子的实龄与同龄孩子进行比较；但此类比较不会因早产而进行调整。在年度 IFSP 中，本部分还将记录孩子自制定初始 IFSP 计划以来所展示的新技能。）

社交/情感技能，包括社会关系： 这一方面涉及孩子如何与成人和其他孩子交往，包括孩子如何表达他或她的感受。

孩子的发育与其他同龄孩子相关:

获取和运用知识和技能，包括早期的语言/沟通： 这一方面涉及孩子的学习方式，包括模仿、思维、记忆、问题解决技能及运用语言（包括肢体语言）表达他或她所知道和了解的事物等方面的发育。

孩子的发育与其他同龄孩子相关:

采取行动，满足自己的需求： 这一方面涉及孩子如何让您知道他或她的需求、孩子如何去往他/她想要去的地方及孩子如何学会照顾自己，如穿衣服和脱衣服、自己吃饭、睡整晚及上厕所。这一方面还包括孩子如何学会遵守安全指导。

孩子的发育与其他同龄孩子相关:

第三部分：年龄和发育水平

年龄:	调整的年龄	认知
接受性语言	自适应/自助	粗大运动
表达性语言	社交-情感	精细运动

听力:

弗吉尼亚州 C 部分听力筛查工具得出的结果: 显示无需转介 监控 转介
 状况（与耳朵相关的信息，如可能）:

视力:

弗吉尼亚州 C 部分视力筛查工具得出的结果: 显示无需转介 监控 转介
 状况（与眼睛相关的信息，如可能）:

评估资源:

- 评估工具
 - 夏威夷早期学习量表 (HELP)
 - 早期教育评测系统 (E-LAP)
 - 接受性、表达性及形成性语言测量量表 (REEL),
 - 巴特勒发育评估量表 (BDI 或巴特勒)
 - 夏威夷早期学习量表大纲
 - Family Assessment (家庭评估)
 - 密歇根
 - 罗塞蒂婴幼儿语言发育评估量表
 - 出生记录审查和/或初级保健医师提供的六个月内的相关病历及与孩子目前健康状况、身体发育状况（包括视力和听力）和病史相关的其他资料来源。审查的记录包括:
 - 持续性评估（供年度团队评估之用）
 - 家长报告
 - 正式/非正式的观察
 - 知情的临床意见
 - 其他
- 请具体说明:

儿童姓名: _____
IFSP 日期: _____ 出生日期: _____

弗吉尼亚州 婴幼儿联盟



下列人员参与了服务计划评估 (ASP) (正楷书写的姓名、证书、签名、日期) :

家长 _____

姓名 证书

服务协调员

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

来自下列评估 (在弗吉尼亚州婴幼儿联盟系统以外进行, 用于完成服务计划评估) 的信息 (正楷书写的姓名、证书、服务领域及所在组织) :

儿童姓名: _____

IFSP 日期: _____ 出生日期: _____



第四部分：早期干预的成果

成果（长期目标） # 1 – 服务协调（必须实现）

为帮助您的孩子和家庭接受所需的支持和服务，服务协调员将保证：

- IFSP 能够解决您确定的问题、优先考虑事项及使用相关资源；
- 支持和服务的适宜性和充分性；
- 您对所提供的支持和服务感到满意；及
- 保护孩子和家庭的权利。

短期目标

预定日期

实现日期

协助家庭制定 IFSP，并对其进行持续审查和修改。

持续进行

向您的家庭提供支持和协助，解决不时出现的问题或担忧。

持续进行

提供信息并在必要时协助您的家庭获得孩子所需的日常医疗服务。

持续进行

提供家庭所确定的支持，包括下列资源：

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

服务协调活动（干预）：

- 与您保持持续接触，以执行服务监测。
- 通过电话/个人联系方式与您的家庭及提供支持、协助、服务的个人/机构取得联系。
- 将您的家庭与适当的社区资源联系起来。
- 协助解决问题。

儿童姓名: _____
 IFSP 日期: _____ 出生日期: _____



第五部分： 取得早期干预成果所需的服务

授权的服务	频率 (#x/周 /月/一次)	时长 (#分钟/ 造访)	群组(G)/个人(I)	方法** (a、b、 c、d)	自然环境/地点 (必须为自然环 境，除非于下方提 供正当理由)	付款 1 家庭费用 2 保险 3 Medicaid 4 州拨款 5. 当地拨款 6. C 部分	预计 开始日期	预计 结束日期	实际 结束日期
1. 服务协调	*	*		服务 协调					
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

* 这是与服务协调员直接接触的最小频率和最短时长。由于服务协调是一个活动的、持续性过程，这一过程将根据家庭的优先考虑事项和需求而发生变化，因此实际提供的服务协调频率和时长也将随之发生变化。

** 方法： a = 指导，包括动手实践（如适当） b = 咨询 c = 评估
 d = 辅助性技术设备

详述在自然环境中无法取得满意的早期干预成果的理由，并提供一份包含时间表和必要支持服务的计划，以便重新在自然环境中开展早期干预服务：

推迟开始日期的原因 – 在家庭签署 IFSP 后，对于预计于 30 多个日历日后开始的每项服务，请说明是否因家庭日程安排偏好、团队为满足孩子和家庭的需求等原因或其他原因而推迟开始日期：

VI. 其他服务 (所需的服务，但并非 C 部分所授权的服务 – 包括医疗服务，如健康儿童检查、出于治疗目的而进行的专家随诊等)

服务	供应商	地点	协助安全服务所采取的步骤

儿童姓名: _____
 IFSP 日期: _____ 出生日期: _____



第七部分：过渡规划

在初次 IFSP 会议开始时，讨论下列有关过渡期的事宜：

- 当孩子的早期干预结束后，即进入过渡期。本页中的规划将帮助您和孩子从早期干预阶段顺利地过渡到孩子的下一阶段。
- 早期干预后的活动选项（例如：附近的幼儿园、开端计划 (Head Start)、通过公立学校开展的早期儿童特殊教育等社区计划）。
- 可行的过渡时机
 - 当孩子的所有身体发育情况达到一定年龄层次，但其他方面不符合早期干预的资格要求时
 - 当孩子年满周岁时，此时已不再符合早期干预的资格
 - 当（如果）孩子开始通过公立学校接受早期儿童特殊教育服务（2 岁至 3 岁之间）时（如您对这些服务感兴趣）。孩子不能同时接受早期干预服务和公立学校早期儿童特殊教育。

_____（服务协调员的姓名首字母）于_____（日期）对上述信息进行了讨论

关于过渡规划的重要日期：

_____ - 通知和转介预定日期，如果您对当地公立学校系统提供的早期儿童特殊教育服务感兴趣，需在此日期确定资格（如果您希望孩子在下一学年的第一天入学，则必须在预定的过渡日期前至少 90 天进行转介，同时，如果孩子在 9 月 30 日之前年满 2 岁，则必须在当年的 4 月 1 日前进行转介）。

_____（孩子的三岁生日日期）-在此日期之后，孩子将不再符合接受早期干预的资格

过渡计划

过渡活动的完成取决于您的过渡计划和家庭偏好。

过渡步骤/活动	预定日期	完成日期	完成者的姓名 首字母
<p>1. 社区活动选项：帮助您的家庭研讨社区计划选项，包括针对孩子的早期儿童特殊教育服务</p> <p>a. 在早期干预结束之后，根据家庭需求提供关于社区活动选项的信息，包括计划联系信息。将提供关于下列计划的信息：_____</p> <p>b. 根据家庭需求安排亲临计划地点。可安排访问的计划：_____</p> <p>c. 其他步骤/活动（例如，如果您感兴趣，还将在其他家庭允许的情况下提供他们的名字，这些家庭目前已顺利过渡到您正在考虑的计划）：_____</p>	_____	_____	_____
<p>2. 通知和转介至当地学区和弗吉尼亚州教育部：如果您希望孩子在下一学年的第一天入学，则必须在预定的过渡日期前至少 90 天进行转介，同时，如果孩子在 9 月 30 日之前年满 2 岁，则必须在当年的 4 月 1 日前进行转介-</p> <p>a. 除非您有异议，否则请于_____前向_____学区和弗吉尼亚州教育部提交孩子的姓名、出生日期和您的联系信息（姓名、地址、电话号码）。提交此类信息将有助于学校系统了解社区内符合特殊教育服务资格的人群并将他们转介至当地学区。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 我不想向当地学区和弗吉尼亚州教育部提交用于通知和转介的信息，包括孩子的姓名、出生日期及我们的联系信息_____（家长姓名首字母和日期） • 我改变主意，同意向当地的学区和弗吉尼亚州教育部提交此类信息_____（家长姓名首字母和日期） <p>b. 将通知和转介日期发送至当地学区：_____至弗吉尼亚州教育部：_____</p> <p>c. 您需在信息披露同意书上签字，之后将有关孩子的特殊信息提交至当地学区（例如最近的资格评定和评估报告、IFSP 等）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您于_____（日期）在信息披露同意书上签字 • 提交信息的日期_____ 	_____	_____	_____

儿童姓名: _____
 IFSP 日期: _____ 出生日期: _____

弗吉尼亚州 婴幼儿联盟



过渡步骤/活动	预定日期	完成日期	完成者的姓名首字母
<p>3. 提供参加其他计划的支持: 除当地学区外, 帮助您的家庭参加您感兴趣且适合孩子的社区计划(目前可用)。</p> <p>a. 对于您希望参加的计划, 可帮助领取和填写文件及/或完成其他必要步骤: _____</p> <p>b. 如果需要, 您需在信息披露同意书上签字, 之后将孩子转介至未来的服务供应商或计划, 同时向其提交有关孩子的特殊信息(例如最近的资格评定和评估报告、IFSP 等)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您于_____ (日期) 在信息披露同意书上签字 • 转介文件于_____ (日期) 提交给_____ (计划) • 提交信息的日期: _____ <p>c. 其他步骤/活动: _____</p>	_____	_____	_____
<p>4. 过渡规划会议: 在为孩子预定的过渡日期前至少 90 天(最长不超过 9 个月)举行 – 如果您的孩子符合接受早期儿童特殊教育服务的资格, 将会安排由您、服务协调员及学区代表参加的过渡规划会议。</p> <p>a. 于_____ (日期) 下发家长预先通知书</p> <p>b. 您 <input type="checkbox"/> 批准/ <input type="checkbox"/> 不批准召开会议。</p> <p>c. 如果您批准召开会议, 则服务协调员将安排会议日期, 且相关方必须出席:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 过渡会议将于_____ (日期) 召开 • 下列各方出席: <input type="checkbox"/> (您本人-必须出席)、<input type="checkbox"/> (早期干预机构-必须出席)、<input type="checkbox"/> (学区-必须出席) <input type="checkbox"/> (其他方_____) <input type="checkbox"/> (其他方_____) 	_____	_____	_____
<p>5. 过渡服务: 在确定您的过渡计划之后, 将帮助孩子和家庭(根据家庭需求)适应各种支持和服务的变化, 这样即可从早期干预阶段顺利地过渡到新计划(如适当)</p> <p>a. 您的孩子将于_____ (预定日期) 过渡至_____</p> <p>b. 在下列日期之前, 帮助孩子和家庭做好从早期干预阶段顺利地过渡到新计划/环境(如适当)的准备:</p> <p>_____</p>	_____	_____	_____
<p>6. 退出早期干预: 在孩子三岁生日之前, 从当地的 C 部分系统退出</p> <p>a. 是否已签署家长预先通知书 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>b. 退出/结束日期 _____</p>	_____	_____	_____

儿童姓名: _____
IFSP 日期: _____ 出生日期: _____



第八部分: IFSP 协议

提供早期干预服务的家长同意书:

本人已收到随本 IFSP 一同寄发的家庭权利和家庭费用分摊额度信息副本 (如 IDEA C 部分 “家庭权利和保障措施通知, 包括家庭实际费用分摊额度” 所述)。相关方已向本人详细解释了这些权利和付款政策, 且本人已理解。本人参与制定了本 IFSP, 并向弗吉尼亚州婴幼儿联盟体系和服务供应商表示了知情同意, 同意其执行本 IFSP 中所列的活动。

表示同意即意味着相关方已通过本人的母语 (除非显然不可行) 或其他沟通方式使本人全面了解了关于征求本人同意之活动的信息; 同意仅针对所描述的活动; 本人授权同意纯属自愿且可随时以书面形式撤销授权。

本人了解, 本人可拒绝接受某项或某些服务, 而不会影响孩子或家庭通过弗吉尼亚州婴幼儿联盟体系接受的任何其他早期干预服务。

本人了解, 本人的 IFSP 将在当地弗吉尼亚州婴幼儿联盟体系内共享, 包括与参与评估和/或制定和/或实施本 IFSP 的供应商共享。

签名 (勾选一项): 家长 法定监护人 代理家长

日期

其他 IFSP 参与者 (正楷书写的姓名、证书、签名、日期):

服务领域: 服务协调员

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

下列人员以电子或书面形式参与 (请具体说明):

翻译/口译人员 (如使用):

随附下列相关文件:

抄送至:

医生证明 (必须提供, 以申领保险金): 本人证明 _____ 服务对于这位儿童具有医疗必需性 (如 IFSP 中所述), 并予以批准。

签名

证书

日期

儿童姓名: _____
IFSP 日期: _____ 出生日期: _____



第九部分: IFSP 审查记录

审查目的: 6 个月审查 应请求者的请求: _____ 审查日期: _____

总结 (包括因此次审查而产生任何变化的理论依据):

变化: _____ 此类变化的预计生效日期: _____

家长同意书

本人已收到随本 IFSP 审查记录一同寄发的家庭权利和家庭费用分摊额度信息副本 (如 IDEA C 部分“家庭权利和保障措施通知, 包括家庭实际费用分摊额度”所述)。相关方已向本人详细解释了这些权利和付款政策, 且本人已理解。本人参与编写了本 IFSP 审查记录, 并向弗吉尼亚州婴幼儿联盟体系和服务供应商表示了知情同意, 同意其执行本 IFSP 审查记录中所列的任何变化。

表示同意即意味着相关方已通过本人的母语 (除非显然不可行) 或其他沟通方式使本人全面了解了关于征求本人同意之活动的信息; 同意仅针对所描述的活动; 本人授权同意纯属自愿且可随时以书面形式撤销授权。

本人了解, 本人可拒绝接受某项或某些服务, 而不会影响孩子或家庭通过弗吉尼亚州婴幼儿联盟体系接受的任何其他早期干预服务。

本人了解, 本人的 IFSP 将在当地婴幼儿联盟体系内共享, 包括与参与评估和/或制定和/或实施本 IFSP 的供应商共享。

签名 (勾选一项): 家长 法定监护人 代理家长

日期 _____

儿童姓名: _____
IFSP 日期: _____ 出生日期: _____



第九部分: IFSP 审查记录

审查日期: _____

如果在此次 IFSP 审查后增加了服务项目且孩子享有私人保险:

本人的保险应偿付承保服务项目。本人同意按照“家庭费用分摊协议书”中“费用”部分所规定的方式继续支付任何适用的共付额、扣除额及/或非承保的服务费用, 本人月度上限为 \$0 的情况除外。本人了解, 本人可向孩子的服务协调员提交书面通知, 随时撤销授权。

本人的保险不再偿付承保服务项目。本人同意按照“家庭费用分摊协议书”中“费用”部分所规定的方式支付服务费用, 本人月度上限为 \$0 的情况除外。本人了解, 本人必须填写并签署新的“家庭费用分摊协议书”。

本人了解, 本人如“家庭费用分摊协议书”中保险使用或付款安排方面有任何疑问, 可与服务协调员联系。

签名 (勾选一项): 家长 法定监护人 代理家长 _____ 日期

其他 IFSP 参与者 (正楷书写的姓名、证书、签名、日期):

服务领域: 服务协调员

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

姓名 证书

服务领域: 教育工作者/特殊教育工作者 职业治疗师 理疗师 发音治疗师 护士 其他

下列人员以电子或书面形式参与 (请具体说明):

医生证明 (必须提供, 以申领保险金): 本人证明
予以批准。

服务对于这位儿童具有医疗必需性 (如 IFSP 中所述), 并

签名

证书

日期

儿童姓名: _____
 IFSP 日期: _____ 出生日期: _____

弗吉尼亚州
 婴幼儿联盟



附录

(请参见 IFSP 第五部分对应的编号, 了解服务详情)

#	服务	服务供应商 (名称、机构、地址、电话号码)	当前是否提供?
1	服务协调		<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
2			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
3			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
4			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
5			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
6			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
7			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
8			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 否

本人有机会从众多当地系统区域内和付款人网络内的供应商机构中进行选择。通过与服务协调员联系, 本人可随时申请变更服务供应商。

_____ 针对服务 # _____ 签名 (勾选一项): 家长 法定监护人 代理家长 _____ 日期

_____ 针对服务 # _____ 签名 (勾选一项): 家长 法定监护人 代理家长 _____ 日期

_____ 针对服务 # _____ 签名 (勾选一项): 家长 法定监护人 代理家长 _____ 日期