



Kết Nối Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Chậm Chững Virginia
Chương Trình Dịch Vụ Gia Đình Cá Nhân (IFSP)
Local System Name Here

Phần I: Thông Tin về Trẻ và Gia Đình

Tên của Trẻ: _____ Ngày sinh: _____

Giới tính: Nam Nữ Quận hoặc Thành phố cư ngụ của trẻ: _____

Ngày IFSP: _____ Ký tắt
 Hàng năm # _____ Ngày đến hạn Xem xét 6 tháng: _____

(Các) ngày hoàn tất xem xét: _____

Ngôn ngữ chính và/hoặc phương thức giao tiếp của gia đình: _____ Của trẻ (nếu khác) _____

Số Medicaid (tuỳ chọn): _____

Tên, địa chỉ, số điện thoại và các liên lạc khác của Cha mẹ và/hoặc thành viên khác trong gia đình:

Tên, đại lý, địa chỉ, số điện thoại, email và số Fax của Điều phối viên dịch vụ:

Các dịch vụ Can thiệp sớm được cung cấp cho trẻ đủ điều kiện và gia đình của trẻ phù hợp với
Phần C của Đạo luật Giáo Dục Cho Người Khuyết Tật của liên bang.

Tên của Trẻ: _____
Ngày IFSP: _____ Ngày sinh: _____



Phần II: Đánh Giá Nhóm

A. Thông tin giới thiệu, Tiền sử bệnh, Tình trạng sức khỏe:

B. Các hoạt động và công việc hàng ngày

Chương trình can thiệp sớm hỗ trợ và các dịch vụ được thiết kế thích hợp với gia đình của quý vị và thực hiện như là một phần trong các hoạt động hàng ngày của con quý vị.

- Những việc mà trẻ làm mỗi ngày (hoặc mỗi tuần)
- Các hoạt động mà trẻ yêu thích
- Các hoạt động hoặc thời gian trong ngày mà trẻ hoặc quý vị gặp khó khăn hoặc bực mình (nếu có)
- Những nơi mà quý vị và trẻ đi đến (hoặc muốn đi)
- Những việc mà quý vị muốn làm như là một gia đình, nhưng không thể vì nhu cầu của trẻ (nếu có)

C. Mọi quan ngại, Ưu tiên và Nguồn thông tin của gia đình:

Để hỗ trợ trẻ và gia đình của quý vị được tốt nhất, việc hiểu được những gì quan trọng đối với gia đình của quý vị rất hữu ích. Mọi quan ngại, những ưu tiên và nguồn thông tin của gia đình quý vị sẽ được sử dụng như là cơ sở để phát triển kết quả và nhận biết những chiến lược cũng như hoạt động để giải quyết các nhu cầu của trẻ và gia đình quý vị. Quý vị có thể chia sẻ nhiều hoặc một ít thông tin tùy ý.

Tự nguyện!

Mặc dù không hoàn tất phần này nhưng con của quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ.

_____ Chữ ký tắt của cha mẹ nếu chọn không bao gồm những thông tin này trong IFSP.

MỌI QUAN NGẠI CỦA GIA ĐÌNH TÔI

Những mối quan ngại của tôi (nếu có) về sức khỏe và/hoặc sự phát triển của con tôi. Thông tin, nguồn thông tin, và/hoặc sự hỗ trợ mà tôi cần hoặc muốn cho con và/hoặc gia đình của tôi.

NHỮNG ƯU TIÊN CỦA GIA ĐÌNH TÔI

Những điều quan trọng nhất đối với trẻ và/hoặc gia đình của tôi.

NHỮNG NGUỒN THÔNG TIN CỦA GIA ĐÌNH TÔI

Những nguồn mà trẻ/gia đình của tôi có để được hỗ trợ, bao gồm những cá nhân, hoặc động, chương trình/tổ chức

Tên của Trẻ: _____
Ngày IFSP: _____ Ngày sinh: _____

Kết Nối Trẻ Sơ Sinh &
Trẻ Chập Chững Virginia



Phần II: Đánh Giá Nhóm

D. Tóm tắt sự phát triển của trẻ (Sự so sánh với những trẻ cùng lứa tuổi dựa trên độ tuổi sinh lý của trẻ; những so sánh này không được điều chỉnh ở những trẻ sinh non. Tại IFSP hàng năm, phần này cũng sẽ ghi chép những kỹ năng mới mà trẻ thể hiện kể từ lần IFSP đầu tiên.)

Những kỹ năng xã hội/cảm xúc, bao gồm các mối quan hệ xã hội: Phạm vi này liên quan đến việc trẻ tương tác với người lớn và với những trẻ khác như thế nào, bao gồm cách trẻ giao tiếp cảm xúc của mình như thế nào.

Sự phát triển của trẻ có liên quan đến các trẻ khác ở cùng độ tuổi:

Tiếp nhận và sử dụng kiến thức và kỹ năng, bao gồm ngôn ngữ/giao tiếp sớm: Phạm vi này liên quan đến cách trẻ học tập như thế nào, bao gồm phát triển các kỹ năng bắt chước, suy nghĩ, ghi nhớ, giải quyết vấn đề và sử dụng ngôn ngữ (gồm có cử chỉ) để giao tiếp những điều trẻ biết và hiểu.

Sự phát triển của trẻ có liên quan đến các trẻ khác ở cùng độ tuổi:

Thực hiện hành động để đáp ứng nhu cầu: Phạm vi này liên quan đến cách trẻ cho quý vị biết trẻ cần gì, trẻ nhận được như thế nào, trẻ muốn đi đâu, và trẻ đang cố gắng học cách tự chăm sóc như thế nào, như mặc và cởi áo quần, tự ăn, ngủ suốt đêm và sử dụng nhà vệ sinh. Phạm vi này cũng bao gồm việc trẻ đang cố gắng học cách làm theo các hướng dẫn về sự an toàn như thế nào.

Sự phát triển của trẻ có liên quan đến các trẻ khác ở cùng độ tuổi:

Phần III:

Độ tuổi & mức độ phát triển

Tuổi:	Tuổi điều chỉnh	Nhận thức
Ngôn ngữ lĩnh hội	Thích nghi/Tự chăm sóc	Vận động thô
Ngôn ngữ diễn đạt	Tình cảm xã hội	Vận động tinh

Thính giác:

Kết quả của công cụ Kiểm Tra Thính Giác Phần C Virginia: Không cần thiết giới thiệu Theo dõi Giới thiệu

Tình trạng (thông tin cụ thể về tai nếu có thể):

Thị giác:

Kết quả của công cụ Kiểm Tra Thị Giác Phần C Virginia: Không cần thiết giới thiệu Theo dõi Giới thiệu

Tình trạng (thông tin cụ thể về mắt nếu có thể):

Nguồn đánh giá:

- Công cụ đánh giá:
 - Hồ Sơ Học Sớm Hawaii (HELP)
 - Hồ Sơ Hoàn Tất Học Sớm (E-LAP)
 - Thang Đánh Giá Ngôn Ngữ Lĩnh Hội Diễn Đạt Độc Lập (REEL),
 - Bảng kiểm kê về phát triển Battelle (BDI hoặc Battelle).
 - HELP Strands
 - Đánh giá gia đình
 - Michigan
 - Thang Điểm Ngôn Ngữ Trẻ Sơ Sinh – Trẻ Chập Chững Rossetti
 - Xem xét hồ sơ khai sinh và/hoặc hồ sơ bệnh án thích hợp dưới sáu (6) tháng tuổi từ bác sĩ chăm sóc chính và các nguồn khác có liên quan đến tình trạng sức khỏe hiện tại, sự phát triển thể chất (bao gồm thính giác và thị giác) và tiền sử bệnh của trẻ. Các hồ sơ đã xem xét:
 - Đánh giá liên tục (để đánh giá nhóm hàng năm)
 - Báo cáo của cha mẹ
 - Quan sát chính thức/không chính thức
 - Ý kiến lâm sàng có hiểu biết
 - Khác
- Nêu rõ khác:

Tên của Trẻ: _____
Ngày IFSP: _____ Ngày sinh: _____

**Kết Nối Trẻ Sơ Sinh &
Trẻ Chậm Chững Virginia**



Những người sau đây đã tham gia đánh giá để hoạch định dịch vụ (ASP) (tên viết in, giấy chứng nhận chuyên môn, chữ ký, ngày):

Cha mẹ

Name Credentials

Điều phối viên dịch vụ

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý
 Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý
 Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý
 Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý
 Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý
 Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Những thông tin từ các đánh giá sau đây được hoàn tất bên ngoài hệ thống Kết Nối Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Chậm Chững Virginia được sử dụng để hoàn tất đánh giá này nhằm hoạch định dịch vụ (Tên viết in, giấy chứng nhận chuyên môn, chuyên môn, và tổ chức):

Tên của Trẻ: _____
Ngày IFSP: _____ Ngày sinh: _____



Phần IV: Kết quả Can thiệp sớm

Kết quả (Mục tiêu lâu dài) # 1 – Điều phối dịch vụ (bắt buộc)

Để giúp trẻ và gia đình của quý vị nhận được sự hỗ trợ và các dịch vụ cần thiết, điều phối viên dịch vụ của quý vị sẽ đảm bảo:

- IFSP giải quyết các quan ngại, ưu tiên và nguồn thông tin được nhận biết của quý vị.
- các hỗ trợ và dịch vụ thích hợp và đầy đủ;
- quý vị hài lòng với các hỗ trợ và dịch vụ; và
- quyền của trẻ và gia đình của quý vị được bảo vệ.

Mục tiêu lâu dài

Ngày mục tiêu

Ngày đáp ứng

Hỗ trợ gia đình của quý vị phát triển và xem xét cũng như chỉnh sửa IFSP liên tục.
Hỗ trợ và ủng hộ gia đình của quý vị trong việc giải quyết các vấn đề hoặc quan ngại phát sinh theo thời gian.

liên tục

liên tục

Cung cấp thông tin và hỗ trợ gia đình của quý vị, nếu cần, trong việc đánh giá chăm sóc y tế hàng ngày cho trẻ.

liên tục

Hỗ trợ theo sự nhận biết của gia đình quý vị bao gồm các nguồn thông tin cho:

Các hoạt động điều phối dịch vụ (Can thiệp):

- Duy trì liên tục liên lạc với quý vị để theo dõi dịch vụ
- Gọi điện thoại/liên lạc trực tiếp với gia đình của quý vị và với các cá nhân/cơ quan cung cấp hỗ trợ, dịch vụ.
- Liên kết gia đình của quý vị với các nguồn thông tin thích hợp trong cộng đồng.
- Hỗ trợ giải quyết vấn đề.

Tên của Trẻ: _____
Ngày IFSP: _____ Ngày sinh: _____

Kết Nối Trẻ Sơ Sinh &
Trẻ Chập Chững Virginia



Phần IV: Kết quả Can thiệp sớm

Ngày bổ sung kết quả: _____

Tiếp nhận: Miêu tả kỹ năng hoặc hành vi mong muốn sẽ đạt được.

Ngữ cảnh hoặc môi trường trong khuôn khổ các công việc và hoạt động hàng ngày: Nhận biết các công việc/hoạt động xảy ra hàng vi.

Điều kiện để đạt được trong một thời lượng: Miêu tả tần suất/thời lượng/tốc độ cho một kỹ năng/hành vi mới được trình bày qua thời điểm cụ thể.

Kết quả (Mục tiêu chức năng lâu dài) #__ Ngày mục tiêu:

Ngày đáp ứng, thay đổi hoặc bổ sung:

Cơ hội và các hoạt động học tập dựa vào sự quan tâm và khả năng của trẻ và gia đình của quý vị:

Mục tiêu lâu dài	Ngày mục tiêu	Ngày đáp ứng
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Can thiệp (Thủ tục và/hoặc phương thức xử lý)

Tên của Trẻ: _____
 Ngày IFSP: _____ Ngày sinh: _____



Phần V: Các dịch vụ cần thiết để đạt được kết quả can thiệp sớm

DỊCH VỤ ĐỦ ĐIỀU KIỆN	TẦN SUẤT (# x/tuần/ tháng/một lần)	THỜI LƯỢNG (# phút/viếng thăm)	NHÓM (N) / CÁ NHÂN (C)	PHƯƠNG PHÁP** (a,b,c,d)	MÔI TRƯỜNG TỰ NHIÊN/ĐỊA ĐIỂM (Phải là môi trường tự nhiên trừ khi được chứng minh dưới đây)	THANH TOÁN 1 Chi phí gia đình 2 Bảo hiểm 3 Medicaid 4. Nguồn quỹ tiểu bang 5. Nguồn quỹ địa phương 6. Phần C	NGÀY BẮT ĐẦU DỰ KIẾN	NGÀY KẾT THÚC DỰ KIẾN	NGÀY KẾT THÚC THỰC TẾ
1. Điều phối dịch vụ	*	*		Điều phối dịch vụ					
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

* Đây là mức tần suất và thời lượng tối thiểu mà điều phối viên dịch vụ của quý vị sẽ liên hệ trực tiếp. Tần suất và thời lượng điều phối dịch vụ thực tế cung cấp sẽ khác nhau do điều phối dịch vụ là một quy trình hoạt động liên tục thay đổi dựa trên những ưu tiên và nhu cầu của gia đình quý vị.

** Phương pháp: a = Hướng dẫn, bao gồm thực hành nếu thích hợp b = Tư vấn c = Đánh giá
 d = Cung cấp thiết bị kỹ thuật hỗ trợ

Chứng minh lý do tại sao không thể đạt được kết quả can thiệp sớm một cách thoả đáng trong môi trường tự nhiên và kế hoạch với khung thời gian và hỗ trợ cần thiết để đưa lại các dịch vụ can thiệp sớm vào môi trường tự nhiên:

Lý do ngày bắt đầu dự kiến trễ hơn- Đối với từng dịch vụ dự kiến bắt đầu hơn 30 ngày sau khi gia đình ký tên IFSP, nêu rõ là gia đình thích hoạch định, nhóm đã hoạch định ngày bắt đầu trễ hơn để đáp ứng nhu cầu của trẻ và gia đình, hoặc khác:

VI. Các dịch vụ khác (Các dịch vụ cần thiết, nhưng không đủ điều kiện theo Phần C – bao gồm các dịch vụ y tế như kiểm tra em bé khoẻ mạnh, theo dõi y tế với các chuyên gia, v.v.)

DỊCH VỤ	NHÀ CUNG CẤP	ĐỊA ĐIỂM	CÁC BƯỚC THỰC HIỆN ĐỂ HỖ TRỢ ĐẢM BẢO DỊCH VỤ

Tên của Trẻ: _____
 Ngày IFSP: _____ Ngày sinh: _____



Phần VII: Kế hoạch chuyển tiếp

Những thông tin sau đây về sự chuyển tiếp được thảo luận khi bắt đầu cuộc họp IFSP đầu tiên:

- Chuyển tiếp khi trẻ rời khỏi dịch vụ can thiệp sớm. Việc hoạch định ở trang này sẽ giúp quý vị và trẻ có sự chuyển tiếp nhịp nhàng từ can thiệp sớm sang những gì tiếp theo cho trẻ.
- Các lựa chọn sau can thiệp sớm (ví dụ: các chương trình cộng đồng như trường mẫu giáo khu vực, Head Start, giáo dục đặc biệt mầm non thông qua các trường công).
- Thời điểm chuyển tiếp có thể
 - Khi trẻ đạt đến độ tuổi ở mọi phạm vi phát triển và không đáp ứng các yêu cầu điều kiện hội đủ khác đối với can thiệp sớm
 - Khi lần sinh nhật thứ ba của trẻ là ngày chấm dứt điều kiện hội đủ để nhận dịch vụ can thiệp sớm
 - Khi và nếu trẻ bắt đầu các dịch vụ giáo dục đặc biệt mầm non thông qua trường công (từ 2 đến 3 tuổi), nếu quý vị quan tâm đến những dịch vụ này. Trẻ không được nhận dịch vụ can thiệp sớm và giáo dục đặc biệt mầm non đồng thời thông qua trường công.

Thông tin này được thảo luận vào ngày _____ (ngày) bởi _____ (chữ ký tắt của điều phối viên dịch vụ)

Những ngày quan trọng để hoạch định chuyển tiếp:

_____ - ngày mục đích để thông báo và giới thiệu nhằm xác định điều kiện hội đủ nếu quý vị quan tâm đến các dịch vụ giáo dục đặc biệt mầm non thông qua hệ thống trường tại địa phương của quý vị (việc giới thiệu phải ít nhất 90 ngày trước ngày dự kiến chuyển tiếp và phải trước ngày 1 tháng 4 trong năm trẻ lên 2 tuổi trước ngày 30 tháng 9 nếu quý vị muốn trẻ bắt đầu vào học ngày đầu tiên của năm học tiếp theo).

_____ (ngày sinh nhật lần thứ 3 của trẻ) – ngày mà trẻ không còn đủ điều kiện được nhận dịch vụ can thiệp sớm nữa

Kế hoạch chuyển tiếp

Các hoạt động chuyển tiếp hoàn tất sẽ dựa vào kế hoạch chuyển tiếp của quý vị và những ưu tiên của gia đình.

Các bước/hoạt động chuyển tiếp	Ngày mục tiêu	Ngày hoàn tất	Chữ ký tắt của người hoàn tất
<p>1. Các lựa chọn cộng đồng: Giúp gia đình tìm hiểu những lựa chọn chương trình cộng đồng, có thể bao gồm các dịch vụ giáo dục đặc biệt mầm non, cho trẻ</p> <p>a. Cung cấp thông tin, bao gồm thông tin liên lạc chương trình, về các lựa chọn cộng đồng sau dịch vụ can thiệp sớm, mà gia đình của quý vị mong muốn. Những thông tin cung cấp về các chương trình sau đây: _____</p> <p>b. Thu xếp các buổi đến tham quan chương trình, mà gia đình của quý vị mong muốn. Các chương trình tham quan: _____</p> <p>c. Các bước/hoạt động khác (ví dụ như nếu quý vị quan tâm, cung cấp tên của những gia đình khác, cùng với sự cho phép của họ, đã chuyển sang những chương trình mà quý vị đang quan tâm): _____</p>	_____	_____	_____
<p>2. Thông báo và giới thiệu đến Bộ phận trường học địa phương và Bộ Giáo Dục Virginia ít nhất 90 ngày trước ngày dự kiến chuyển tiếp và trước ngày 1 tháng 4 trong năm mà trẻ được 2 tuổi trước ngày 30 tháng 9 nếu quý vị muốn trẻ bắt đầu đi học ngày đầu tiên của năm học tiếp theo –</p> <p>a. Gửi tên, ngày sinh của trẻ và thông tin liên lạc của quý vị (tên, địa chỉ, số điện thoại) đến Bộ phận trường học _____ và Bộ Giáo Dục Virginia không trễ hơn ngày _____ trừ khi quý vị không đồng ý. Việc gửi thông tin này giúp hệ thống trường học biết được những ai trong cộng đồng có thể đủ điều kiện được nhận dịch vụ giáo dục đặc biệt và có thể giới thiệu đến bộ phận trường học địa phương.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tôi không muốn gửi tên, ngày sinh của con tôi và thông tin liên lạc của chúng tôi đến bộ phận trường học địa phương và Bộ Giáo dục Virginia để thông báo và giới thiệu _____ (chữ ký tắt của cha mẹ và ngày) • Tôi đã đồng ý và đồng ý gửi thông tin này đến bộ phận trường học địa phương và Bộ Giáo Dục Virginia _____ (chữ ký tắt của cha mẹ và ngày) <p>b. Ngày thông báo và giới thiệu được gửi đến Bộ phận trường học địa phương: _____ đến VDOE: _____</p> <p>c. Với sự đồng ý trong mẫu tiết lộ thông tin của quý vị, gửi thông tin cụ thể về con của quý vị đến bộ phận trường học địa phương (ví dụ như việc xác định điều kiện hội đủ gần đây nhất và báo cáo đánh giá, IFSP, v.v.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ý kiến đồng ý của quý vị trong mẫu tiết lộ thông tin vào ngày _____ (ngày) • Ngày gửi thông tin _____ 	_____	_____	_____

Tên của Trẻ: _____
 Ngày IFSP: _____ Ngày sinh: _____

**Kết Nối Trẻ Sơ Sinh &
 Trẻ Chậm Chững Virginia**



Các bước/hoạt động chuyển tiếp	Ngày mục tiêu	Ngày hoàn tất	Chữ ký tắt của người hoàn tất
<p>3. Hỗ trợ đăng ký các chương trình khác: Giúp gia đình của quý vị đăng ký (các) chương trình cộng đồng, ngoài bộ phận trường học địa phương mà quý vị quan tâm cho trẻ, nếu có.</p> <p>a. Giúp có và điền các biểu mẫu giấy tờ và/hoặc hoàn tất các bước khác cần thiết để đăng ký chương trình mong muốn: _____</p> <p>b. Nếu cần, với sự đồng ý trong mẫu tiết lộ thông tin của quý vị, giới thiệu con của quý vị và gửi thông tin cụ thể về con của quý vị đến nhà cung cấp dịch vụ hoặc chương trình tương lai (ví dụ như việc xác định điều kiện hội đủ gần đây nhất và báo cáo đánh giá, IFSP, v.v.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ý kiến đồng ý của quý vị trong mẫu tiết lộ thông tin vào ngày _____ (ngày) • Giới thiệu được gửi đến _____ (chương trình) vào ngày _____ (ngày) • Ngày gửi thông tin: _____ <p>c. Các bước/hoạt động khác: _____</p>	_____	_____	_____
<p>4. Thảo luận hoạch định chuyển tiếp: Ít nhất 90 ngày và tối đa đến 9 tháng nếu mọi người đồng ý, trước ngày dự kiến chuyển tiếp của con quý vị – Nếu trẻ lẽ ra đủ điều kiện được nhận các dịch vụ giáo dục đặc biệt mầm non, dự kiến một cuộc thảo luận chuyển tiếp giữa quý vị, điều phối viên dịch vụ của quý vị, và một người khác từ bộ phận trường học của quý vị.</p> <p>a. Mẫu <i>Thông Báo Trước Dành Cho Cha mẹ</i> được cung cấp vào ngày _____ (ngày)</p> <p>b. Quý vị <input type="checkbox"/> đồng ý/ <input type="checkbox"/> không đồng ý thảo luận.</p> <p>c. Nếu quý vị đồng ý thảo luận, điều phối viên dịch vụ đảm bảo sắp xếp một cuộc thảo luận và sự tham dự của các bên yêu cầu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thảo luận chuyển tiếp được tổ chức vào ngày _____ (ngày) • Những người sau đây có mặt tham dự: <input type="checkbox"/> (Quý vị - bắt buộc), <input type="checkbox"/> (can thiệp sớm - bắt buộc), <input type="checkbox"/> (bộ phận trường học - bắt buộc), <input type="checkbox"/> (khác _____), <input type="checkbox"/> (khác _____) 	_____	_____	_____
<p>5. Các dịch vụ chuyển tiếp: Khi kế hoạch chuyển tiếp của quý vị đã được xác định, hãy giúp trẻ và gia đình chuẩn bị, mà gia đình của quý vị mong muốn, những thay đổi trong việc hỗ trợ và các dịch vụ để quý vị có thể rời khỏi dịch vụ can thiệp sớm một cách nhịp nhàng và tham gia một chương trình mới, nếu thích hợp</p> <p>a. Con của quý vị sẽ chuyển tiếp sang _____ vào _____ (ngày dự kiến)</p> <p>b. Giúp con của quý vị và gia đình sẵn sàng rời khỏi dịch vụ can thiệp sớm và chuyển tiếp sang chương trình/môi trường mới, nếu thích hợp, trước ngày: _____</p>	_____	_____	_____
<p>6. Rời khỏi dịch vụ can thiệp sớm: Trẻ rời khỏi hệ thống Phần C địa phương trước ngày sinh nhật lần thứ 3 của trẻ</p> <p>a. Mẫu <i>Thông Báo Trước Dành Cho Cha Mẹ</i> được ký tên <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>b. Ngày rời khỏi/kết thúc _____</p>	_____	_____	_____

Tên của Trẻ: _____
Ngày IFSP: _____ Ngày sinh: _____

**Kết Nối Trẻ Sơ Sinh &
Trẻ Chậm Chững Virginia**



Phần VIII: THỐNG NHẤT IFSP

Đồng ý Cung Cấp Dịch Vụ Can Thiệp Sớm Dành Cho Cha Mẹ:

Tôi đã nhận được một bản quyền của gia đình và thông tin về phần chi phí chung của gia đình theo Phần C IDEA (*Thông Báo về Quyền và Sự Bảo Vệ Trẻ và Gia Đình Bao Gồm Các Sự Kiện về Chi Phí Chung của Gia Đình*) cùng với bản IFSP này. Tôi đã được giải thích về quyền và chính sách thanh toán này cũng như tôi đã hiểu rõ. Tôi đã tham gia triển khai IFSP này và tôi đồng ý hệ thống Kết Nối Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Chậm Chững Virginia và nhà cung cấp dịch vụ thực hiện (các) hoạt động được trình bày trong IFSP này.

Đồng ý nghĩa là tôi đã được thông báo đầy đủ về mọi thông tin (các) hoạt động cần phải có ý kiến đồng ý bằng ngôn ngữ mẹ đẻ của tôi (trừ khi rõ ràng không thể thực hiện được điều đó) hoặc cách thức giao tiếp khác; rằng tôi đã hiểu và đồng ý bằng văn bản thực hiện (các) hoạt động cần phải có ý kiến đồng ý; sự đồng ý miêu tả (các) hoạt động đó; và việc tôi cho phép là tự nguyện và có thể thu hồi bằng văn bản vào bất kỳ lúc nào.

Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối dịch vụ hoặc các dịch vụ mà không ảnh hưởng đến bất kỳ (các) dịch vụ can thiệp sớm nào khác mà con tôi hoặc gia đình của tôi nhận được thông qua hệ thống Kết Nối Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Chậm Chững Virginia.

Tôi hiểu rằng IFSP của tôi sẽ được chia sẻ trong phạm vi hệ thống Kết Nối Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Chậm Chững Virginia địa phương, bao gồm với các nhà cung cấp tham gia vào việc đánh giá và/hoặc triển khai và/hoặc thực hiện IFSP này.

Chữ ký của (đánh dấu chọn một): Cha/mẹ Người giám hộ hợp pháp Cha/mẹ thay thế

Ngày

Những người tham gia IFSP khác (Tên viết in, giấy chứng nhận chuyên môn, chữ ký, ngày):

Chuyên môn: Điều phối viên dịch vụ

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý
 Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý
 Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý
 Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý
 Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý
 Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Những cá nhân sau đây tham gia dưới hình thức điện tử hoặc bằng văn bản (nếu rõ ai):

Thông dịch viên/Biên dịch viên (nếu có sử dụng):

Những hồ sơ có liên quan sau đây được đính kèm:

Gửi bản sao đến:

Chứng nhận của bác sĩ (bắt buộc để xuất hoá đơn bảo hiểm): Tôi chứng nhận và đồng ý rằng _____ dịch vụ, như được trình bày trong IFSP, là cần thiết về mặt y tế cho trẻ này.

Chữ ký

Giấy chứng nhận chuyên môn

Ngày

Tên của Trẻ: _____
Ngày IFSP: _____ Ngày sinh: _____



Phần IX: Hồ Sơ Xem Xét IFSP

Mục đích xem xét: Xem xét 6 tháng Theo yêu cầu của:

Ngày xem xét:

Tóm tắt (Bao gồm lý do cơ bản của bất kỳ thay đổi nào phát sinh từ xem xét này):

(Những) thay đổi:

Ngày bắt đầu dự kiến thay đổi:

Đồng ý Của Cha Mẹ

Tôi đã nhận được một bản quyền của gia đình và thông tin về chi phí chung của gia đình theo Phần C IDEA (*Thông Báo về Quyền và Sự Bảo Vệ Trẻ và Gia Đình Bao Gồm Các Sự Kiện về Chi Phí Chung của Gia Đình*) cùng với Hồ Sơ Xem Xét IFSP này. Tôi đã được giải thích về quyền và chính sách thanh toán này cũng như tôi đã hiểu rõ. Tôi đã tham gia triển khai Đánh Giá IFSP này và tôi đồng ý hệ thống Kết Nối Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Chậm Chững Virginia và nhà cung cấp dịch vụ thực hiện bất kỳ thay đổi nào được trình bày trong Hồ Sơ Xem Xét IFSP này.

Đồng ý nghĩa là tôi đã được thông báo đầy đủ về mọi thông tin (các) hoạt động cần phải có ý kiến đồng ý bằng ngôn ngữ mẹ đẻ của tôi (trừ khi rõ ràng không thể thực hiện được điều đó) hoặc cách thức giao tiếp khác; rằng tôi đã hiểu và đồng ý bằng văn bản thực hiện (các) hoạt động cần phải có ý kiến đồng ý; sự đồng ý miêu tả (các) hoạt động đó; và việc tôi cho phép là tự nguyện và có thể thu hồi bằng văn bản vào bất kỳ lúc nào.

Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối dịch vụ hoặc các dịch vụ mà không ảnh hưởng đến bất kỳ (các) dịch vụ can thiệp sớm nào khác mà con tôi hoặc gia đình của tôi nhận được thông qua hệ thống Kết Nối Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Chậm Chững Virginia.

Tôi hiểu rằng IFSP của tôi sẽ được chia sẻ trong phạm vi hệ thống Kết Nối Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Chậm Chững Virginia địa phương, bao gồm với các nhà cung cấp tham gia vào việc đánh giá và/hoặc triển khai và/hoặc thực hiện IFSP này.

Chữ ký của (đánh dấu chọn một): Cha/mẹ Người giám hộ hợp pháp Cha/mẹ thay thế

Ngày

Tên của Trẻ: _____
Ngày IFSP: _____ Ngày sinh: _____

Kết Nối Trẻ Sơ Sinh &
Trẻ Chập Chững Virginia



Phần IX: Hồ Sơ Xem Xét IFSP

Ngày xem xét: _____

Nếu các dịch vụ tăng lên trong lần xem xét IFSP này và con của quý vị được bao trả bởi bảo hiểm tư nhân:

Bảo hiểm của tôi sẽ được xuất hoá đơn cho các dịch vụ được bao trả. Trừ khi khoản vốn hàng tháng của tôi là \$0, tôi đồng ý tiếp tục thanh toán bất kỳ khoản đồng thanh toán, khấu trừ và/hoặc các dịch vụ không được bao trả hiện hành nào theo cách thức được trình bày trong phần Chi Phí trong biểu mẫu Thoả Thuận Chi Phí Chung Của Gia Đình. Tôi hiểu rằng tôi có thể huỷ bỏ ý kiến đồng ý này vào bất kỳ lúc nào bằng văn bản thông báo gửi cho điều phối viên dịch vụ của con tôi.

Bảo hiểm của tôi sẽ không được xuất hoá đơn cho các dịch vụ được bao trả nữa. Trừ khi khoản vốn hàng tháng của tôi là \$0, tôi đồng ý thanh toán các dịch vụ theo cách thức được trình bày trong phần Chi Phí trong biểu mẫu Thoả Thuận Chi Phí Chung Của Gia Đình. Tôi hiểu rằng tôi phải hoàn tất và ký tên mẫu Thoả Thuận Chi Phí Chung Của Gia Đình mới.

Tôi hiểu rằng tôi có thể liên lạc điều phối viên dịch vụ của tôi nếu tôi có câu hỏi về việc sử dụng bảo hiểm hoặc thoả thuận thanh toán trong mẫu Thoả Thuận Chi Phí Chung Của Gia Đình.

Chữ ký của (đánh dấu chọn một): Cha/mẹ Người giám hộ hợp pháp Cha/mẹ thay thế

Ngày _____

Những người tham gia IFSP khác (Tên viết in, giấy chứng nhận chuyên môn, chữ ký, ngày):

Chuyên môn: Điều phối viên dịch vụ

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Name Credentials

Chuyên môn: Nhà giáo dục/Nhà giáo dục đặc biệt Nhà liệu pháp hướng nghiệp Nhà liệu pháp vật lý Nhà nghiên cứu bệnh học về lời nói-ngôn ngữ Y tá Khác

Những cá nhân sau đây tham gia dưới hình thức điện tử hoặc bằng văn bản (nếu rõ ai):

Chứng nhận của bác sĩ (bắt buộc để xuất hoá đơn bảo hiểm): Tôi chứng nhận và đồng ý rằng _____ dịch vụ, như được trình bày trong IFSP, là cần thiết về mặt y tế cho trẻ này.

Chữ ký

Giấy chứng nhận chuyên môn

Ngày

Tên của Trẻ: _____
Ngày IFSP: _____ Ngày sinh: _____

**Kết Nối Trẻ Sơ Sinh &
Trẻ Chậm Chững Virginia**



Phụ lục

(Tham khảo con số tương ứng trong Phần V của IFSP để biết chi tiết dịch vụ)

#	DỊCH VỤ	NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ (Tên, cơ quan, địa chỉ, số điện thoại)	Hiện tại ?
1	Điều phối dịch vụ		<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
2			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
3			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
4			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
5			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
6			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
7			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
8			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Không

Tôi đã được tạo điều kiện chọn lựa từ các cơ quan cung cấp làm việc trong khu vực hệ thống địa phương của tôi và trong mạng lưới người thanh toán của tôi. Tôi có thể yêu cầu thay đổi các nhà cung cấp dịch vụ vào bất kỳ lúc nào bằng cách liên lạc điều phối viên dịch vụ của tôi.

Đối với các dịch vụ #

Chữ ký của (đánh dấu chọn một):
 Cha/mẹ Người giám hộ hợp pháp Cha/mẹ thay thế

Ngày

Đối với các dịch vụ #

Chữ ký của (đánh dấu chọn một):
 Cha/mẹ Người giám hộ hợp pháp Cha/mẹ thay thế

Ngày

Đối với các dịch vụ #

Chữ ký của (đánh dấu chọn một):
 Cha/mẹ Người giám hộ hợp pháp Cha/mẹ thay thế

Ngày