



Infant & Toddler Connection of Virginia

طرح خدمات خانوداگی انفرادی (IFSP)
Local System Name Here

بخش 1: اطلاعات کودک و خانواده

نام کودک: _____ تاریخ تولد: _____

جنسیت: [دختر پسر] شهرستان یا شهر محل اقامت کودک: _____

تاریخ IFSP (طرح خدمات خانوداگی انفرادی): _____
اولیه سالانه # تاریخ موعد بررسی 6 ماهه: _____

تاریخ (های) تکمیل بررسی (ها): _____

زبان مادری خانواده و/یا نحوه برقراری ارتباط: _____
کودک (در صورتیکه با خانواده متفاوت باشد) _____

شماره مدیکید (اختیاری): _____

نام، نشانی، تلفن و سایر اطلاعات تماس والدین و/یا سایر اعضای خانواده: _____

نام، نشانی، شماره تلفن، ایمیل و شماره فکس هماهنگ کننده خدمات: _____

خدمات مداخله ای زودهنگام مطابق با بخش C
از قانون آموزش کودکان ناتوان به کودکان واجد شرایط و خانواده های آنها ارائه می شوند.

بخش 2: ارزیابی تیمی

A. اطلاعات ارجاعی، سابقه پزشکی، وضعیت سلامت:

ب. فعالیت ها و کارهای عادی روزانه

- حمایت ها و خدمات مداخله ای زود هنگام متناسب با زندگی خانوادگی شما در نظر گرفته شده اند و به عنوان بخشی از فعالیت های روزانه کودک شما انجام می شوند.
- کارهایی که کودک شما به طور روزانه (یا هفتگی) انجام می دهد
 - فعالیت هایی که کودک شما از انجام آنها لذت می برد
 - فعالیت ها یا زمان هایی از روز که برای شما یا کودک شما دشوار یا خسته کننده هستند (در صورت وجود)
 - مکان هایی که شما و کودک شما به آنجا می روید (یا می خواهید به آنجا بروید)
 - کارهایی که می خواهید به عنوان یک خانواده انجام بدهید، اما به دلیل نیازهای کودک خود نمی توانید (در صورت وجود)

ج. نگرانی ها، اولویت ها، و منابع خانواده:

برای اینکه از کودک و خانواده شما به بهترین نحو حمایت شود، بهتر است از آنچه برای خانواده شما اهمیت دارد، مطلع باشید. نگرانی ها، اولویت ها، و منابع خانواده شما به عنوان پایه ای برای بهبود نتایج و شناسایی راهبردها و فعالیت های لازم برای رفع نیازهای کودک و خانواده شما استفاده خواهند شد. شما می توانید به میل خود اطلاعات بسیار یا کمی را با ما به اشتراک بگذارید.

اختیاری!

اگر این بخش تکمیل نشده باشد نیز کودک شما از خدمات بهره مند خواهد شد. امضای والدین، در صورتیکه نخواهید این اطلاعات در IFSP ذکر شوند.

نگرانی های خانواده من

نگرانی هایی که (در صورت وجود) درباره سلامت و/یا رشد کودک خود دارم. اطلاعات، منابع، و/یا حمایت هایی که نیاز دارم یا برای کودک و/یا خانواده خود می خواهم.

اولویت های خانواده من

مهمترین مسائل برای کودک و/یا خانواده من.

منابع خانواده من

منابعی که کودک/خانواده من برای دریافت حمایت در اختیار دارند، از جمله افراد، فعالیت ها، برنامه ها/سازمان ها

بخش 2: ارزیابی تیمی

D. خلاصه ای از رشد کودک شما (مقایسه با کودکان هم سن بر اساس ترتیب سنی کودک شما انجام می شوند؛ این مقایسات برای نوزادهای نارس در نظر گرفته شده اند. در IFSP سالانه، در این بخش مهارت های جدیدی که کودک شما از زمان اولین IFSP نشان داده است نیز ثبت خواهند شد.)
مهارت های اجتماعی/عاطفی، از جمله روابط اجتماعی: این حوزه نحوه تعامل کودک شما با بزرگسالان و سایر کودکان، از جمله نحوه ارتباط کودک با احساسات خود را در بر می گیرد.

رشد کودک در ارتباط با سایر کودکان هم سن او:

کسب و استفاده از دانش و مهارت ها، از جمله زبان/ارتباط اولیه: این حوزه به نحوه یادگیری کودک شما، از جمله رشد تقلید، تفکر، یادآوری، مهارت های حل مسئله و استفاده از زبان (از جمله زبان اشاره) برای بیان آنچه کودک می داند یا متوجه می شود، می پردازد.

رشد کودک در ارتباط با سایر کودکان هم سن او:

انجام کارهایی برابری نیازها: این حوزه به این موضوع می پردازد که کودک شما چگونه شما را از نیازهای خود مطلع می کند، چگونه به جایی که می خواهد می رود، و چگونه یاد می گیرد از خود مراقبت کند، مانند لباس پوشیدن یا درآوردن، غذا خوردن، خوابیدن در طول شب، و استفاده از توالت. به علاوه این حوزه نحوه یادگیری رعایت نکات ایمنی از سوی کودک شما را در بر دارد.

رشد کودک در ارتباط با سایر کودکان هم سن او:

بخش 3: سن و سطوح رشد

سن:	سن متناسب	شناختی
زبان ادراکی	تطبیقی/ خود راهنمایی	مهارت های حرکتی درشت
زبان بیانی	اجتماعی-عاطفی	مهارت های حرکتی ظریف

شنوایی:

نتایج آزمون شنوایی قسمت C ویرجینیا به نیاز به ارجاع اشاره نشده است نظارت ارجاع
وضعیت (اطلاعات ویژه گوش در هر زمان ممکن):

بینایی:

نتایج ابزار آزمون بینایی قسمت C ویرجینیا به نیاز به ارجاع اشاره نشده است نظارت ارجاع
وضعیت (اطلاعات ویژه چشم در هر زمان ممکن):

منابع ارزیابی:

<input type="checkbox"/>	ابزارهای ارزیابی:	<input type="checkbox"/>	پروفایل یادگیری اولیه هاوایی (HELP)	<input type="checkbox"/>	شاخه های HELP
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	پروفایل تحقق آموزش اولیه (E-LAP)	<input type="checkbox"/>	ارزیابی خانواده
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	مقیاس مهارت های زبانی ادراکی و بیانی نوپا (REEL)	<input type="checkbox"/>	میشیگان
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	پرسشنامه رشدی بتل (BDI یا بتل)	<input type="checkbox"/>	مقیاس زبان نوزاد-کودک نو پای روزتی
<input type="checkbox"/>	بررسی گزارش های تولد و/یا سوابق پزشکی مربوطه کودکان کمتر از شش (6) ماه از سوی پزشک مراقبت های اولیه و سایر منابع مربوط به وضعیت سلامت فعلی کودک، رشد جسمی (از جمله بینایی و شنوایی)، و تاریخچه پزشکی. گزارش های بررسی شده:	<input type="checkbox"/>	ارزیابی مستمر (برای ارزیابی تیمی سالانه)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	گزارش والدین	<input type="checkbox"/>	مشاهدات رسمی/غیررسمی	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	نظر بالینی آگاهانه	<input type="checkbox"/>	سایر موارد	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	سایر موارد را توضیح دهید:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

افراد زیر در ارزیابی برنامه ریزی خدمات (ASP) شرکت کرده اند (نام چاپی، اوراق شناسایی، امضا، تاریخ):

والدین

Credentials Name

هماهنگ کننده خدمات

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

اطلاعات به دست آمده از ارزیابی های زیر که در خارج از سیستم Infant & Toddler Connection of Virginia انجام گرفته اند، جهت تکمیل ارزیابی برنامه ریزی خدمات استفاده شدند (نام چاپی، اوراق شناسایی، رشته، و سازمان):

بخش 4: نتایج مداخله زودهنگام

نتیجه (هدف طولانی مدت) شماره 1 – هماهنگی خدمات (ضروری)

هماهنگ کننده خدمات شما، جهت کمک به کودک و خانواده شما برای دریافت حمایت ها و خدمات موردنیاز خود، اطمینان خواهد داد:

- که IFSP به نگرانی ها، اولویت ها و منابع شناخته شده شما می پردازد؛
- که حمایت ها و خدمات متناسب و کافی خواهند بود؛
- که شما از حمایت ها و خدمات راضی خواهید بود؛ و
- از حقوق کودک و خانواده شما حفاظت خواهد شد.

اهداف کوتاه مدت	تاریخ هدف (مهلت)	تاریخ دستیابی به اهداف
کمک به خانواده شما در زمینه رشد و بررسی مستمر و بازنگری IFSP.	در حال اجرا	
ارائه حمایت و کمک به خانواده شما در رسیدگی به مسائل یا نگرانی هایی که با مرور زمان ایجاد می شوند.	در حال اجرا	
ارائه اطلاعات و حمایت خانواده شما، در صورت نیاز، در زمینه دسترسی به مراقبت های پزشکی روزمره برای کودک خود.	در حال اجرا	
ارائه حمایت های مشخص شده از سوی خانواده شما جهت در برگرفتن منابع برای:		

فعالیت های هماهنگی خدمات (مداخله ها):

- حفظ تماس مستمر با شما جهت نظارت بر خدمات
- تماس های تلفنی/ارتباطات شخصی با خانواده شما و با افراد/نهادهایی که حمایت، کمک، خدمات ارائه می دهند.
- پیوند خانواده شما با منابع اجتماعی مناسب.
- کمک در حل مسئله.

بخش 4: نتایج مداخله زودهنگام

تاریخ افزودن نتیجه: _____

یادگیری: مهارت یا رفتاری را که می‌خواهید کودک شما کسب کند، توضیح بدهید. زمینه یا محیطی که در آن کارها و فعالیت‌های روزانه انجام می‌شوند: کارها/فعالیتی را که در طی آن رفتارها شکل می‌گیرند، مشخص کنید. معیار موفقیت در طول چه مقدار زمان: تعداد دفعات/مدت/سرعت کسب مهارت/رفتار جدیدی را که در طول یک دوره زمانی خاص مشخص شده است، توضیح بدهید.

تاریخ دستیابی، تغییر یا پایان هدف:

تاریخ هدف (مهلت):

_____ (هدف کاربردی طولانی مدت)

فرصت‌ها و فعالیت‌های آموزشی که علایق و توانایی‌های کودک شما و خانواده را می‌سازند:

اهداف کوتاه مدت	تاریخ هدف (مهلت)	تاریخ دستیابی به اهداف

مداخله‌ها (مراحل و/یا روش‌های درمان)

بخش 5: خدمات مورد نیاز جهت دستیابی به نتایج مداخله ای زود هنگام

تاریخ پایان واقعی	تاریخ پایان پیش بینی شده	تاریخ شروع پیش بینی شده	پرداختی 1 هزینه خانواده 2 بیمه 3 متکیید (خدمات درمانی) 4 بودجه دولتی 5 بودجه محلی 6 قسمت C	محیط زیست/ محل طبیعی (باید یک محیط طبیعی باشد مگر اینکه در زیر به آن اشاره شود)	شیوه ها** (الف، ب، ج، د)	گروهی (C) / فردی (A)	مدت (# دقیقه/بازدید)	تعداد دفعات (# X هفته/ماه/یکبار)	خدمات مجاز
					هماهنگی خدمات		*	*	1. هماهنگی خدمات
									2.
									3.
									4.
									5.
									6.
									7.
									8.

* این حداقل بسامد و مدت تماس مستقیم از سوی هماهنگ کننده خدمات شما است. تعداد دفعات و مدت هماهنگی خدمات که به طور واقعی ارائه می شوند، متغیر خواهد بود زیرا هماهنگی خدمات یک فرایند فعال و مستمر است که بر اساس اولویت ها و نیازهای خانواده شما تغییر می کند.

** شیوه ها: الف= مربیگری، اعم از عملی در صورت امکان ب=مشاوره ج=ارزیابی د=تهیه دستگاه فناوری های کمکی

توجیه اینکه چرا در یک محیط طبیعی و یک طرح با جدول زمانبندی و حمایت های مورد نیاز برای بازگرداندن خدمات مداخله ای زود هنگام به محیط های طبیعی نمی توان به طور رضایت بخشی به نتایج مداخله زود هنگام دست یافت:

علت تاخیر در تاریخ شروع پیش بینی شده - در خصوص هر یک از خدماتی که قرار است بیش از 30 روز بعد از امضای IFSP از سوی خانواده آغاز شوند، مشخص کنید که آیا علت آن اولویت زمانبندی خانواده است یا تیم برای رفع نیازهای کودک و خانواده یک تاریخ شروع دیگری را تعیین کرده است، یا دلایل دیگری دارد:

6 سایر خدمات (خدمات مورد نیازی که طبق قسمت C مجاز شمرده نشده اند - از جمله خدمات پزشکی از قبیل معاینات کودک، پیگیری با متخصصان برای اهداف پزشکی و غیره)

خدمات	ارائه دهنده	مکان	مراحلی که باید برای کمک به تامین امنیت خدمات طی شوند

بخش 7: برنامه ریزی انتقال

اطلاعات زیر درباره انتقال در ابتدای جلسه IFSP اولیه مورد بحث و گفتگو قرار خواهند گرفت:

- وقتی کودک شما مداخله زود هنگام را ترک می کند، انتقال اتفاق می افتد. برنامه ریزی موجود در این صفحه به شما و کودک شما کمک می کند تا به آرامی از مداخله زود هنگام به مرحله بعدی که برای کودک شما در نظر گرفته شده است، حرکت کنید.
- گزینه های موجود بعد از مداخله زود هنگام (نمونه ها: برنامه های اجتماعی مانند مهد کودک های محله، خدمات Head Start، آموزش خاص اوایل دوران کودکی از طریق مدارس دولتی).
- زمانبندی احتمالی انتقال
 - وقتی کودک شما در تمام زمینه های رشدی به سطح مناسب با سن خود می رسد و هیچیک از شرایط لازم دیگر را برای مداخله زود هنگام ندارد
 - وقتی کودک شما سه ساله می شود، که پایان شرایط لازم برای مداخله زود هنگام است
 - وقتی و اگر کودک شما خدمات آموزشی خاص اوایل دوران کودکی را از طریق مدارس دولتی (بین سنین 2 و 3 سالگی) آغاز می کند، در صورتیکه شما به آن خدمات علاقه مند باشید. خدمات مداخله زود هنگام و آموزش خاص اوایل دوران کودکی به طور همزمان از طریق مدارس دولتی در اختیار کودکان قرار نمی گیرند.

این اطلاعات در _____ (تاریخ) از سوی _____ (امضای هماهنگ کننده خدمات) مورد بحث و گفتگو قرار گرفتند.

تاریخ های مهم برای برنامه ریزی انتقال:

_____ تاریخ هدف برای اطلاع رسانی و ارجاع جهت تعیین صلاحیت در صورتیکه شما به خدمات آموزش خاص اوایل دوران کودکی از طریق سیستم مدارس محلی خود علاقه مند هستید (اگر می خواهید کودک شما مدرسه را از روز اول سال تحصیلی بعد آغاز کند، ارجاع باید حداقل 90 روز قبل از تاریخ انتقال پیش بینی شده انجام شود و باید تا 1 آوریل سالی که کودک شما تا 30 سپتامبر 2 ساله می شود، رخ بدهد).

_____ (تاریخ سومین سال تولد کودک) - تاریخی که در آن کودک شما دیگر واجد شرایط دریافت مداخله زود هنگام نیست

طرح انتقال

فعالیت های انتقال تکمیل شده به طرح های انتقال شما و اولویت های خانواده بستگی دارند.

امضای فردی که مسئول تکمیل کار است	تاریخ تکمیل	تاریخ هدف (نقطه)	مراحل/فعالیت های انتقال
_____	_____	_____	<p>1. گزینه های اجتماعی: کمک به خانواده شما در بررسی گزینه های برنامه اجتماعی برای کودک شما، که ممکن است خدمات آموزش خاص اوایل دوران کودکی را در بر بگیرند</p> <p>a. ارائه اطلاعات، از جمله اطلاعات تماس با برنامه، درباره گزینه های اجتماعی پس از مداخله زود هنگام، طبق خواسته خانواده شما. اطلاعات ارائه شده در برنامه های زیر: _____</p> <p>b. تهیه مقدمات برای بازدید از برنامه ها، طبق خواسته خانواده شما. برنامه های بازدید شده: _____</p> <p>c. سایر مراحل/فعالیت ها (برای نمونه، اگر شما علاقه مند هستید، با کسب اجازه نام سایر خانواده هایی را که به برنامه های مورد نظر شما منتقل شده اند، ذکر کنید): _____</p>
_____	_____	_____	<p>2. اطلاع رسانی و ارجاع به منطقه آموزشی محلی و اداره آموزش و پرورش ویرجینیا: حداقل 90 روز قبل از تاریخ انتقال پیش بینی شده و قبل از 1 آوریل سالی که کودک شما تا 30 سپتامبر 2 ساله می شود، اگر می خواهید کودک شما مدرسه را از روز اول سال تحصیلی بعد آغاز کند -</p> <p>a. نام، تاریخ تولد کودک خود و اطلاعات تماس خود (نام، نشانی، شماره تلفن) را _____ از تاریخ _____ به بعد برای منطقه آموزشی و اداره آموزش و پرورش ویرجینیا ارسال کنید مگر اینکه مخالف باشید. ارسال این اطلاعات به سیستم مدرسه کمک می کند تا مشخص شود که چه افرادی از جامعه ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات آموزشی خاص باشند و یک ارجاع به منطقه آموزشی محلی خواهد بود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • من نمی خواهم نام و تاریخ تولد فرزندم و اطلاعات تماس ما برای اطلاع رسانی و ارجاع به منطقه آموزشی محلی و اداره آموزش و پرورش ویرجینیا ارسال شود (امضای والدین و تاریخ) • تصمیم من عوض شده است و با ارسال این اطلاعات به منطقه آموزشی محلی و اداره آموزش و پرورش ویرجینیا موافق هستم (امضای والدین و تاریخ) <p>b. تاریخی که در آن اطلاع رسانی و ارجاع به منطقه آموزشی محلی ارسال شد: _____ برای VDOE (اداره آموزش و پرورش ویرجینیا): _____</p> <p>c. با کسب رضایت از شما برای انتشار فرم اطلاعات، اطلاعات خاص درباره کودک شما به منطقه آموزشی محلی (برای نمونه، آخرین اطلاعات درباره تعیین صلاحیت و گزارش های ارزیابی، IFSP و غیره) ارسال می شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • در _____ (تاریخ) شما رضایت خود را مبنی بر انتشار فرم اطلاعات اعلام کرده اید • تاریخ ارسال اطلاعات _____

امضای فردی که مسئول تکمیل کار است	تاریخ تکمیل	تاریخ هدف (ماهیت)	مراحل/فعالیت های انتقال
_____	_____	_____	<p>3. حمایت برای نام نویسی در سایر برنامه ها: کمک به خانواده شما برای نام نویسی در یک برنامه (های) اجتماعی، به غیر از منطقه آموزشی محلی، که علاقه مند هستید کودک شما، در صورت وجود، در آن شرکت کند.</p> <p>a. کمک در انجام و تکمیل تشریفات اداری و/یا انجام سایر مراحل موردنیاز جهت نام نویسی در برنامه دلخواه: _____</p> <p>b. در صورت لزوم، با کسب رضایت از شما برای انتشار فرم اطلاعات، کودک شما ارجاع داده می شود و اطلاعات خاص درباره کودک شما به ارائه دهنده خدمات یا برنامه آتی (برای نمونه، آخرین اطلاعات درباره تعیین صلاحیت و گزارش های ارزیابی، IFSP و غیره) ارسال می شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • در _____ (تاریخ) شما رضایت خود را مبنی بر انتشار فرم اطلاعات اعلام کرده اید • ارجاع ارسال شده به _____ (برنامه) در _____ (تاریخ) • تاریخ ارسال اطلاعات: _____ <p>c. سایر مراحل/فعالیت ها: _____</p>
_____	_____	_____	<p>4. کنفرانس برنامه ریزی انتقال: حداقل 90 روز، و حداکثر 9 ماه در صورت رضایت افراد، قبل از تاریخ انتقال پیش بینی شده کودک شما –</p> <p>اگر ممکن است کودک شما واجد شرایط دریافت خدمات آموزش خاص اوایل دوران کودکی باشد، باید برای برگزاری یک کنفرانس انتقال بین شما، هماهنگ کننده خدمات شما، و فردی از جانب منطقه آموزشی شما برنامه ریزی کنید.</p> <p>a. فرم اطلاع قبلی والدین ارائه شده در _____ (تاریخ)</p> <p>b. شما با برگزاری کنفرانس موافقت [] مخالف هستید.</p> <p>c. اگر با برگزاری کنفرانس موافقت داشته باشید، هماهنگ کننده خدمات به برنامه ریزی برای کنفرانس و مشارکت طرفین مورد نیاز می پردازد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کنفرانس انتقال در _____ (تاریخ) برگزار می شود • افراد زیر باید شرکت کنند: [] (شما- ضروری) [] (مداخله زودهنگام- ضروری) [] (منطقه آموزشی - ضروری) [] (سایر افراد) [] (سایر افراد)
_____	_____	_____	<p>5. خدمات انتقال: پس از تعیین برنامه های انتقال شما، به کودک شما کمک می شود و خانواده، طبق خواسته خود، برای ایجاد تغییرات در حمایت ها و خدمات آماده می شوند تا، در صورت امکان، شما بتوانید به آرامی از مداخله زودهنگام به یک برنامه جدید منتقل شوید.</p> <p>a. کودک شما به _____ در _____ (تاریخ پیش بینی شده) منتقل خواهد شد</p> <p>b. به کودک و خانواده شما کمک می شود تا، در صورت امکان، برای انتقال از مداخله زودهنگام به یک برنامه/محیط جدید آماده شوید از طریق:</p>
_____	_____	_____	<p>6. خروج از مداخله زودهنگام: کودک خود را قبل از سومین سال تولدش از سیستم محلی بخش C بیرون بیاورید</p> <p>a. فرم اطلاع قبلی والدین امضا شده است [] خیر []</p> <p>b. تاریخ ترخیص/بیرون آمدن _____</p>

بخش 8: توافقنامه IFSP

رضایت والدین جهت ارائه خدمات مداخله ای زودهنگام:

من یک نسخه از حقوق خانواده و اطلاعات درباره سهم مخارج خانواده را در قسمت C از IDEA اطلاعیه حقوق و تدابیر امنیتی از جمله اطلاعات درباره سهم مخارج خانواده) همراه با این IFSP دریافت کرده ام. این حقوق و سیاست های پرداخت مخارج برای من توضیح داده شده اند و من از آنها آگاه هستم. من در توسعه این IFSP شرکت کرده ام و آگاهانه موافقت خود را با انجام فعالیت (های) مندرج در این IFSP از سوی سیستم Infant & Toddler Connection of Virginia و ارائه دهندگان خدمات اعلام می کنم.

اعلام رضایت به این معنا است که من به زبان مادری خود (مگر اینکه انجام آن به آسانی امکان پذیر نباشد) یا با سایر شیوه های ارتباطی، از تمام اطلاعات درباره فعالیت (هایی) که برای انجام آنها رضایت من جلب شده است، آگاه شده ام؛ و می دانم و به طور کتبی موافقت خود را اعلام کرده ام که فعالیت (هایی) که برای انجام آنها رضایت من جلب شده است، انجام داده شوند؛ این رضایت نامه فعالیت (ها) را توضیح می دهد؛ و من به طور اختیاری رضایت داده ام و می توانم در هر زمان که بخواهم آن را به طور کتبی لغو کنم.

من می دانم که می توانم بدون به خطر انداختن سایر خدمات مداخله ای زودهنگامی که کودک یا خانواده من از طریق سیستم Infant & Toddler Connection of Virginia دریافت می کنند، خدماتی را نپذیرم.

من می دانم که IFSP من در داخل سیستم محلی Infant & Toddler Connection of Virginia، از جمله ارائه دهندگان دخیل در ارزیابی و/یا در رشد و/یا اجرای این IFSP به اشتراک گذاشته خواهد شد.

تاریخ

امضای (های) (یک گزینه را علامت بزنید): والپین سرپرست قانونی جانشین والدین

سایر شرکت کنندگان IFSP (نام چاپی، اوراق شناسایی، امضاء، تاریخ):

رشته: هماهنگ کننده خدمات

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

افراد زیر به طور الکترونیکی یا به طور کتبی شرکت کرده اند (مشخص کنید از کدام طریق):

مترجم/مترجم شفاهی (در صورت استفاده):

اسناد مرتبط زیر ضمیمه شده اند:

نسخه برداری برای:

گواهی پزشک (مورد نیاز برای تهیه صورتحساب بیمه): من گواهی و تأیید می کنم که خدمات ، طبق توضیحات موجود در IFSP، برای این کودک از لحاظ پزشکی ضروری هستند.

تاریخ

اوراق شناسایی

امضا

بخش 9: گزارش بررسی IFSP
هدف بررسی: [] بررسی 6 ماهه

تاریخ بررسی:

در صورت تقاضای: []

خلاصه (شامل دلایل منطقی برای هر گونه تغییر ناشی از این بررسی):

تاریخ پیش بینی شده برای آغاز تغییرات:

تغییر(ها):

رضایت نامه والدین

من یک نسخه از حقوق خانواده و اطلاعات درباره سهم مخارج خانواده را در قسمت C از IDEA طلایه حقوق و تدابیر امنیتی از جمله اطلاعات درباره سهم مخارج خانواده) همراه با گزارش بررسی IFSP دریافت کرده ام. این حقوق و سیاست های پرداخت مخارج برای من توضیح داده شده اند و من از آنها آگاه هستم. من در توسعه این بررسی IFSP شرکت کرده ام و آگاهانه موافقت خود را با اعمال تغییر(های) مندرج در این گزارش بررسی IFSP از سوی سیستم Infant & Toddler Connection of Virginia و ارائه دهندگان خدمات اعلام می کنم.

اعلام رضایت به این معنا است که من به زبان مادری خود (مگر اینکه انجام آن به آسانی امکان پذیر نباشد) یا با سایر شیوه های ارتباطی، از تمام اطلاعات درباره فعالیت (هایی) که برای انجام آنها رضایت من جلب شده است، آگاه شده ام؛ و می دانم و به طور کتبی موافقت خود را اعلام کرده ام که فعالیت (هایی) که برای انجام آنها رضایت من جلب شده است، انجام داده شوند؛ این رضایت نامه فعالیت (ها) را توضیح می دهد؛ و من به طور اختیاری رضایت داده ام و می توانم در هر زمان که بخواهم آن را به طور کتبی لغو کنم.

من می دانم که می توانم بدون به خطر انداختن سایر خدمات مداخله ای زود هنگامی که کودک یا خانواده من از طریق سیستم Infant & Toddler Connection of Virginia دریافت می کنند، خدماتی را نپذیرم.

من می دانم که IFSP من در داخل سیستم محلی Infant & Toddler Connection of Virginia، از جمله ارائه دهندگان دخیل در ارزیابی و/یا در رشد و/یا اجرای این IFSP به اشتراک گذاشته خواهد شد.

تاریخ

امضای (های) (یک گزینه را علامت بزنید): والدین [] سرپرست قانونی [] جانشین والدین []

بخش 9: گزارش بررسی IFSP

تاریخ بررسی:

در صورت افزایش خدمات در این بررسی IFSP و اگر کودک من تحت پوشش بیمه خصوصی باشد:

بیمه من باید صورتحساب خدمات تحت پوشش را پرداخت کند. مگر در مواردی که بودجه ماهانه من \$0 است، من موافق هستم تا همواره هزینه پرداختی های مربوطه، کسری ها و/یا خدماتی که تحت پوشش قرار ندارد را به گونه ای که در بخش مخارج موجود در فرم توافقنامه سهم مخارج خانواده ذکر شده است، بپردازم. من می دانم که می توانم در هر زمانی از طریق ارسال اطلاعیه کتبی به هماهنگ کننده خدمات کودک خود این رضایت نامه را لغو کنم.

بیمه من نباید صورتحساب خدمات تحت پوشش را پرداخت کند. مگر در مواردی که بودجه ماهانه من \$0 است، من موافق هستم تا به گونه ای که در بخش مخارج موجود در فرم توافقنامه سهم مخارج خانواده ذکر شده است، هزینه خدمات را بپردازم. من می دانم که باید یک فرم جدید توافقنامه سهم مخارج خانواده را تکمیل و امضا کنم.

من می دانم که اگر درباره استفاده از بیمه یا شرایط پرداخت مندرج در فرم توافقنامه سهم مخارج خانواده پرسشی داشته باشم، می توانم با هماهنگ کننده خدمات خود تماس بگیرم.

تاریخ

امضای (های) (یک گزینه را علامت بزنید): والدین سرپرست قانونی جانشین والدین

سایر شرکت کنندگان IFSP (نام چاپی، اوراق شناسایی، امضا، تاریخ):

رشته: هماهنگ کننده خدمات

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

Credentials Name

رشته: مربی/مربی خاص متخصص کاردرمانی فیزیوتراپیست آسیب شناس گفتار و زبان پرستار سایر افراد

افراد زیر به طور الکترونیکی یا به طور کتبی شرکت کرده اند (مشخص کنید از کدام طریق):

گواهی پزشک (مورد نیاز برای تهیه صورتحساب بیمه): من گواهی و تایید می کنم که خدمات پزشکی ضروری هستند. ، طبق توضیحات موجود در IFSP، برای این کودک از لحاظ

تاریخ

اوراق شناسایی

امضا

الحاقیه

(جهت کسب اطلاعات درباره جزئیات خدمات، به شماره مربوطه در بخش 5 از IFSP رجوع کنید)

جاری؟	ارائه دهنده خدمات (نام، نهاد، نشانی، شماره تلفن)	خدمات	#
N <input type="checkbox"/>		هماهنگی خدمات	1
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			2
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			3
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			4
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			5
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			6
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			7
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			8
N <input type="checkbox"/>			
N <input type="checkbox"/>			

به من این امکان داده شده است تا از بین نهادهای ارائه دهنده ای که در منطقه سیستم محلی من کار می کنند و در شبکه ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی من هستند، یک نهاد را انتخاب کنم. من می توانم در هر زمانی از طریق تماس با هماهنگ کننده خدمات خود ارائه دهنده خدمات را تغییر بدهم.

تاریخ	امضای (های) (یک گزینه را علامت بزنید): والدین <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی <input type="checkbox"/> جانشین والدین	برای خدمات #
تاریخ	امضای (های) (یک گزینه را علامت بزنید): والدین <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی <input type="checkbox"/> جانشین والدین	برای خدمات #
تاریخ	امضای (های) (یک گزینه را علامت بزنید): والدین <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی <input type="checkbox"/> جانشین والدین	برای خدمات #