

初始早期疗育服务协调计划



Infant & Toddler
Connection of Virginia

孩子姓名: _____

出生日期: _____

Medicaid 编号: _____

ITOTS 编号: _____

本地系统 NPI/API 编号: _____

服务协调员: _____

电话: _____

开始日期: _____ 预计结束日期: ** _____

服务协调目标: 确定 _____ 是否有资格接受 C 部分早期疗育服务。	
服务协调目标	活动/策略
1) 完成纳新工作	与孩子和家長/看护人員見面, 完成下列事項: <ul style="list-style-type: none"> • 讲解早期疗育过程 • 讨论有关孩子健康及发育方面的问题并解除家長/看护人員的疑慮 • 就权利及程序保障进行讲解, 包括与资格审定相关的部分 • 填写完成通知和同意书 • 查看/填写完成财务协议并提供有关申请 SSI、Medicaid 或其他资源 (如适用) 的信息和/或协助。 确保信息发布并从其他资源处获取支持性文件材料: 医疗记录、发育评估、监护指令等 完成发育筛查 (视情况而定) 以及听力和视力筛查 (此类筛查将在服务规划评估时完成的情况除外)
2) 完成 C 部分资格审定工作 (如发现孩子不符合接受 C 部分早期疗育服务的资格, 则本计划就此结束。)	安排资格审定小组会议。 推进并参加资格审定过程及表格填写。 通知家長孩子是否有资格接受 C 部分早期疗育服务。
服务协调目标: 准备制定个性化家庭服务计划 (IFSP)。	
3) 推进服务规划评估与 IFSP 会议安排	查看与服务规划评估和 IFSP 制定相关的权利和程序保障, 填写完成通知和同意书 (如未完成)。 安排服务规划评估并确保其顺利完成, 服务规划评估包括儿童评估以及家庭资源、问题和优先顺序的确定。 安排 IFSP 会议并确保提供口译服务 (如有需要)。 向家長提供关于 IFSP 会议的事先通知, 并與家長及其他參與者確認會議日期/時間及地點。
服务协调目标 (可选):	

本人理解并同意此早期疗育服务协调计划:

家長/監護人 (印刷體姓名)

家長/監護人簽字

日期

服務協調員簽字

日期

** 结束日期不得超过 90 个日历天; 结算不得超过 3 个日历月。