

Infant & Toddler Connection of Virginia  
طرح خدمات فردی شده خانواده ها (IFSP)  
Local System Name Here



۱. اطلاعات کودک و خانواده

نام کودک: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_

جنسیت:  پسر  دختر کانتی یا شهر سکونت کودک: \_\_\_\_\_

تاریخ IFSP: \_\_\_\_\_  ابتدائی  سالانه شماره \_\_\_\_\_ تاریخ سررسید مرور 6 ماهه: \_\_\_\_\_

تاریخ(های) تکمیل مرور(ها) \_\_\_\_\_

زبان و/یا طرز ارتباط اصلی خانواده: \_\_\_\_\_ مورد کودک (اگر متفاوت است) \_\_\_\_\_

شماره Medicaid (اختیاری): \_\_\_\_\_

نام، نشانی، شماره تلفن و سایر طرق تماس با پدر/مادر و/یا یک عضو دیگر خانواده:

نام، اسم بنگاه، نشانی، شماره تلفن، ایمیل و شماره فکس شخص هماهنگ کننده خدمات:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

خدمات مداخله زودهنگام برای کودکان و خانواده هایشان به پیروی از بخش C قانون آموزش و پرورش افراد معلول ارائه می شوند.



نام کودک:

تاریخ تولد:

تاریخ IFSP:

صفحه 2

## IIa. فعالیتهای کودک و خانواده

(نکاتی که میل داریم افرادی که به ما کمک میکنند درباره روالها و فعالیتهای روزمره ما بدانند: جاهانی که به آنها میرویم یا دوست داریم برویم، افرادی که با آنها معاشرت میکنیم یا دوست داریم معاشرت کنیم، فعالیتهایی که انجام میدهیم یا دوست داریم انجام بدهیم، و فعالیتهایی که فرزند ما از آنها لذت میبرد.)

---

## IIb. منابع، اولویتها و دغدغه هائی که خانواده شناسائی کرده است

(نکاتی که میل داریم افرادی که به ما کمک میکنند درباره منابع و حمایتی که ما از آنها برخوردار هستیم و دغدغه ها و اولویتهای ما درباره رشد فرزندمان بدانند.)

### اختیاری!

حتی اگر قسمت IIb را تکمیل نکنید، فرزندتان با این وجود میتواند خدمات را دریافت کند.

یاراف پدر/مادر در صورتیکه تصمیم گرفتید این اطلاعات را ارائه ننمایید.

یاراف پدر/مادر در صورتیکه تصمیم گرفتید این اطلاعات را در IFSP منظور ننمایید.

---



نام کودک:

تاریخ IFSP:

تاریخ تولد:

صفحه 3

### III. شرح ارزیابی گروه

موارد زیر را ذکر کنید: منبع ارجاع و دلیل ارجاع، هرگونه تشخیص پزشکی (به ویژه آنهایی که مربوط به دلیل ارجاع میشوند)، اطلاعات مربوطه بهداشتی و رشد جسمی (شامل تاریخچه مربوطه پزشکی، علائم بالینی و علائم بیماری، وضعیت فعلی بهداشتی)، اظهاریه ای در مورد سطح رشد فعلی کودک در تمامی حوزه های رشد، نتایج آزمایشهای بینائی و شنوائی، و خلاصه ای از تواناییها و محدودیتهای عملکردی.

افراد زیر در این ارزیابی برای برنامه ریزی خدمات شرکت کردند (نام، صلاحیت، امضاء، و تاریخ با حروف بزرگ قید شود):

پدر/مادر

هماهنگ کننده خدمات

زمینه:  آموزگار/آموزگار ویژه  متخصص کار درمانی  متخصص فیزیوتراپی  درمانگر گفتاری-زبانی  پرستار  دیگر

زمینه:  آموزگار/آموزگار ویژه  متخصص کار درمانی  متخصص فیزیوتراپی  درمانگر گفتاری-زبانی  پرستار  دیگر

زمینه:  آموزگار/آموزگار ویژه  متخصص کار درمانی  متخصص فیزیوتراپی  درمانگر گفتاری-زبانی  پرستار  دیگر

زمینه:  آموزگار/آموزگار ویژه  متخصص کار درمانی  متخصص فیزیوتراپی  درمانگر گفتاری-زبانی  پرستار  دیگر

اطلاعات از ارزیابیهای زیر که در خارج از سیستم Infant & Toddler Connection of Virginia تکمیل شد در تکمیل ارزیابی برای برنامه ریزی خدمات بکار رفت (نام، صلاحیت، زمینه، و سازمان را با حروف بزرگ قید نمایند):



نام کودک:

تاریخ تولد:

تاریخ IFSP:

صفحه 4

### IV. نتایج مداخله زودهنگام

نتیجه (هدف درازمدت) شماره 1 – هماهنگ سازی خدمات (لازم است)

به منظور کمک به فرزندان و خانواده تان تا از حمایتها و خدماتی که لازم دارید برخوردار شوید، هماهنگ کننده خدمات شما از موارد زیر اطمینان حاصل خواهد نمود:

- IFSP دغدغه ها، اولویتها و منابع شناسائی شده شما را مورد توجه قرار دهد؛
- مناسب بودن و کفایت حمایتها و خدمات؛
- رضایت شما از حمایتها و خدمات؛ و
- اینکه از حقوق قانونی فرزندان و شما حراست شود.

#### هدفهای کوتاه مدت

تاریخ اجرا	تاریخ مورد نظر	توضیحات
	متداوم	کمک به خانواده شما در رابطه با گسترش، مرور و ویرایش متداوم IFSP .
	متداوم	ارائه پشتیبانی و کمک به خانواده شما در رسیدگی به موضوعات یا دغدغه هایی که در طول زمان بروز میکنند.
	متداوم	ارائه اطلاعات و پشتیبانی به خانواده شما، در صورت لزوم، در رابطه با دسترسی به مراقبت پزشکی عادی برای فرزندان.
		ارائه پشتیبانی که توسط خانواده شما شناسائی شده اند، شامل منابعی برای:

#### فعالیتهای هماهنگ سازی خدمات (مداخله ها)

- حفظ تماس متداوم با شما به منظور کنترل خدمات
- مکالمات تلفنی/تماسهای شخصی با خانواده شما و افراد/بنگاههایی که پشتیبانی، کمک، و خدمات ارائه مینمایند.
- در تماس گذاشتن خانواده شما با منابع محلی مناسب.
- کمک به حل مشکلات.





نام کودک:

تاریخ تولد:

تاریخ IFSP:

صفحه 6

### V. خدمات مورد لزوم برای دستیابی به نتایج مداخله زودهنگام

تاریخ اتمام واقعی	تاریخ اتمام پیش بینی شده	تاریخ شروع پیش بینی شده	منبع پرداخت 1 هزینه خانوانگی 2 بیمه 3 Medicaid 4 وجوه ایالتی 5 وجوه محلی 6 بخش C	محیط طبیعی/محل (بایستی یک وضعیت طبیعی باشد، مگر اینکه در زیر توجیه شده باشند)	روشها** (a,b,c,d)	گرمی $\frac{C}{(C)}$ فردی	طول (تعداد نقایق/ویزیت)	تکرار (تعداد X هفته/ماه/یک بار)	خدمت واجد شرایط
					همه‌ها		*	*	1. همه‌ها سازی خدمات
									2.
									3.
									4.
									5.
									6.
									7.
									8.

\* این حداقل تکرار و طول تماس مستقیم از طرف همه‌ها کننده خدمات شماس. تکرار و طول همه‌ها سازی خدمات که در واقع ارائه می‌شود تغییر میکند چونکه همه‌ها سازی خدمات یک روال فعال و متداوم است که بر اساس اولویتها و نیازات خانواده شما تغییر میکند.  
\*\* روشها: a = مری گیری، شامل فعالیت عملی، در صورت مناسب بودن  
b = مشاوره  
c = ارزیابی  
d = ارائه دستگاه فناوری کمک کننده

توجیه علت اینکه چرا نمیتوان در یک وضعیت طبیعی به نتایج مداخله زودهنگام بطور رضایتبخشی دست یافت به اضافه برنامه ای همراه با خطوط زمانی و حمایت‌های لازم برای برگرداندن خدمات مداخله زودرس به وضعیت های طبیعی:

دلیل تاریخ شروع پیش بینی شده دیرتر - برای هر خدمتی که قرار است بیش از 30 روز تقویمی بعد از امضاء IFSP توسط خانواده شروع شود، قید کنید که آیا دلیل آن امر ترجیحات زمانبندی خانواده است، یا اینکه گروه، یک تاریخ شروع دیرتری را به منظور برآوردن نیازات کودک و خانواده تعیین کرد، و یا دلیلی دیگر:

### VI. سایر خدمات (خدماتی که لازم است، ولی تحت بخش C واجد شرایط نیست - شامل خدمات پزشکی، مانند ویزیت‌های نوزاد سالم، پیگیری با متخصصین پزشکی برای منظرهات پزشکی، و غیره)

خدمات	ارائه کننده	محل	اقداماتی که قرار است برای تأمین خدمات اتخاذ شوند



نام کودک:

تاریخ تولد:

تاریخ IFSP:

صفحه 7

## VII. برنامه ریزی گذار

اطلاعات زیر راجع به گذار از موقع ملاقات ابتدایی IFSP به بعد مورد بحث قرار میگیرد:

- گذار در موقعی که کودک مداخله زودهنگام را ترک میکند رخ میدهد. برنامه ریزی در این صفحه به شما و فرزندتان کمک میکند تا بدون دردسر از مرحله مداخله زودهنگام به هر مرحله ای که بعد از آن برای فرزندتان رخ میدهد عبور کنید.
- گزینه های بعد از مداخله زودهنگام (مثالها: برنامه های محلی، مانند مدارس مهد کودک محلی، Head Start، آموزش ویژه اوایل کودکی از طریق مدارس همگانی).
- زمانبندی ممکن گذار:
  - وقتی که فرزندتان به سطح سنی در تمامی حوزه های رشد رسید و هیچگونه الزامات واجد شرایط بودن دیگر را برای مداخله زودهنگام برآورده نمیکند
  - وقتی که فرزندتان به سومین سال تولدش رسید، که هنگام پایان یافتن واجد شرایط بودن برای مداخله زودهنگام میباشد
  - وقتی که (و در صورتیکه) فرزندتان شروع کرد خدمات آموزش ویژه اوایل کودکی از طریق مدارس همگانی دریافت کند (مابین سنین 2 و 3 سال)، در صورتیکه علاقمند به دریافت کردن آن خدمات باشید. کودکان نمیتوانند خدمات را همزمان از طریق مداخله زودهنگام و آموزش ویژه اوایل کودکی از طریق مدارس همگانی دریافت نمایند.

این اطلاعات در این تاریخ مورد بحث قرار گرفت \_\_\_\_\_ (تاریخ) توسط \_\_\_\_\_ (پاراف هماهنگ کننده خدمات)

### تاریخهای مهم برای برنامه ریزی گذار:

\_\_\_\_\_ تاریخ مورد نظر برای آگهداد و ارجاع برای تعیین واجدیت شرایط در صورتیکه علاقمند به خدمات آموزش ویژه اوایل کودکی از طریق سیستم مدارس محلی خود باشید (در صورتیکه میل دارید فرزندتان در اولین روز سال تحصیلی بعد به مدرسه برود، ارجاع بایستی حداقل 90 روز قبل از تاریخ پیش بینی شده گذار رخ داده و بایستی تا 1 آوریل سالی که فرزندتان تا 30 سپتامبر آن سال به سن 2 سالگی میرسد رخ دهد).

\_\_\_\_\_ (تاریخ سومین سال تولد کودک) - تاریخی که فرزندتان از آن موقع بعد برای دریافت مداخله زودهنگام واجد شرایط نیست

### برنامه گذار

فعالیتهای گذاری که تکمیل میشوند بستگی به برنامه های گذار و ترجیحات خانواده تان دارند.

تاریخ مورد نظر	تاریخ تکمیل	پاراف تکمیل کننده شخص	اقدامات/فعالیتهای گذار
_____	_____	_____	<p>1. <b>گزینه های محلی:</b> به خانواده تان امکان میدهد تا گزینه های برنامه های محلی را برای فرزندتان بررسی کنند، که ممکن است شامل خدمات آموزش ویژه اوایل کودکی باشد.</p> <p>a. ارائه کردن اطلاعات درباره گزینه های محلی بعد از مرحله مداخله زودرس بر حسب تمایل خانواده تان، شامل اطلاعات تماس برنامه ها. اطلاعات در مورد این برنامه ها ارائه شد: _____</p> <p>b. ترتیب دادن دیدار از برنامه ها، بر حسب تمایل خانواده تان. برنامه های بازدید شده: _____</p> <p>c. اقدامات/فعالیتهای دیگر (برای مثال، در صورت تمایل شما، ارائه اسامی خانواده های دیگر، با اجازه آنها، که به برنامه هائی که شما در نظر دارید گذار نموده اند): _____</p>
_____	_____	_____	<p>2. <b>آگهداد و ارجاع به بخش مدارس محلی و اداره آموزش و پرورش ویرجینیا:</b> در صورتیکه میل دارید فرزندتان در اولین روز سال تحصیلی بعد به مدرسه برود، حداقل 90 روز قبل از تاریخ پیش بینی شده برای گذار و تا 1 آوریل سالی که فرزندتان تا 30 سپتامبر آن سال به سن 2 سالگی میرسد -</p> <p>a. نام و تاریخ تولد فرزندتان و اطلاعات تماس خود (نام، نشانی، شماره تلفن) را به بخش مدارس _____ اداره آموزش و پرورش ویرجینیا بعد از تاریخ _____ ارسال کنید، مگر اینکه موافق نباشید. ارسال کردن این اطلاعات به سیستم مدارس امکان میدهد که بفهمند ممکن است چه افرادی در جامعه محلی برای خدمات آموزش ویژه واجد شرایط باشند، و به منزله یک ارجاع به بخش مدارس محلی میباشد.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• من میل ندارم نام و تاریخ تولد فرزندم و اطلاعات تماس ما به بخش مدارس محلی و اداره آموزش و پرورش ویرجینیا برای آگهداد و ارجاع ارسال شود (پاراف پدر/مادر و تاریخ)</li> <li>• من نظرم را عوض کرده ام و موافقم که این اطلاعات به بخش مدارس محلی و اداره آموزش و پرورش ویرجینیا ارسال شود (پاراف پدر/مادر و تاریخ)</li> </ul> <p>b. تاریخ ارسال آگهداد و ارجاع _____</p> <p>c. ارسال اطلاعات دقیق درباره فرزند شما به بخش مدارس محلی، پس از کسب رضایت کتبی شما از طریق یک فرم ارائه اطلاعات (برای مثال، آخرین گزارشهای تعیین واجدیت شرایط و ارزیابی، IFSP، و غیره).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• رضایت کتبی شما از طریق یک فرم ارائه اطلاعات در این تاریخ کسب شد: _____ (تاریخ)</li> <li>• تاریخ ارسال اطلاعات _____</li> </ul>



صفحه 7a

باراف شخص تکمیل کننده	تاریخ تکمیل	تاریخ مورد نظر	اقدامات/فعالیت‌های گذار
			<p>3. پشتیبانی برای ثبت نام در برنامه های دیگر: کمک به خانواده شما برای ثبت نام کردن در برنامه (های) محلی به غیر از بخش مدارس محلی که برای فرزندتان به آن علاقمند هستید، بر حسب وجود.</p> <p>a. کمک برای دریافت کردن و پر کردن اسناد و/یا تکمیل کردن سایر مراحل لازم برای ثبت نام کردن در برنامه مورد علاقه: _____</p> <p>b. در صورت نیاز، ارجاع فرزندتان و ارسال اطلاعات دقیق درباره او به ارائه کننده خدمات یا برنامه آتی، پس از کسب رضایت کتبی شما از طریق یک فرم ارائه اطلاعات (برای مثال، آخرین گزارشهای تعیین واجدیت شرایط و ارزیابی، IFSP، و غیره).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>رضایت کتبی شما از طریق یک فرم ارائه اطلاعات در این تاریخ کسب شد: _____ (تاریخ)</li> <li>ارجاع به (برنامه) _____ در _____ (تاریخ) ارسال شد</li> <li>تاریخ ارسال اطلاعات: _____</li> </ul> <p>c. سایر اقدامات/فعالیتها: _____</p>
_____	_____	_____	<p>4. جلسه مذاکره برنامه ریزی گذار: حداقل 90 روز و حداکثر 9 ماه (در صورت موافقت همه) قبل از تاریخ پیش بینی شده برای گذار فرزند شما -</p> <p>در صورتیکه خانواده تان گذار به خدمات آموزش ویژه اوایل کودکی را در نظر دارد، برگزار نمودن یک جلسه مذاکره گذار مابین شما، هماهنگ کننده خدماتتان، و یک نفر از طرف برنامه جدید برای برنامه ریزی چگونگی انجام گذار.</p> <p>a. فرم اطلاعیه قبلی پدر/مادر در این تاریخ ارائه شد _____ (تاریخ)</p> <p>b. شما برگزار شدن جلسه مذاکره را <input type="checkbox"/> تصویب میکنید / <input type="checkbox"/> تصویب نمیکنید.</p> <p>c. هماهنگ کننده خدمات درمورد زمانبندی جلسه مذاکره و مشارکت طرفین لازم، حصول اطمینان خواهد نمود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>جلسه مذاکره گذار در این تاریخ برگزار شد: _____ (تاریخ)</li> <li>افراد زیر شرکت کردند: <input type="checkbox"/> (شما - لازم است)، <input type="checkbox"/> (مداخله زود هنگام - لازم است)، <input type="checkbox"/> (بخش مدارس - لازم است)، (دیگر: _____)، <input type="checkbox"/> (دیگر: _____)</li> </ul>
_____	_____	_____	<p>5. خدمات گذار: بعد از اینکه برنامه گذارتان تعیین شد، کمک به فرزند و خانواده شما برای آماده شدن برای تغییرات در حمایتها و خدمات، تا بتوانید بطور بی دردسر از مداخله زود هنگام خارج شده و، در صورت مناسب بودن، وارد یک برنامه جدید بشوید، بر حسب میل خانواده تان</p> <p>a. فرزندتان به _____ در _____ (تاریخ منتظره) گذار خواهد نمود.</p> <p>b. کمک به فرزند و خانواده شما برای آماده شدن برای خروج از مداخله زودرس و، در صورت مناسب بودن، ورود به یک برنامه جدید، به وسیله:</p>
_____	_____	_____	<p>6. خروج از مداخله زودرس: مرخص کردن فرزندتان از سیستم بخش C محلی قبل از سومین سال تولدش</p> <p>a. فرم اطلاعیه قبلی پدر/مادر امضاء شد <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>b. اگر کودک در وضعیت غیر فعال قرار دارد: فرم اطلاعیه قبلی پدر/مادر در این تاریخ ارائه شد _____ (تاریخ)</p> <p>c. فرم اطلاعیه قبلی پدر/مادر امضاء شد <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>تاریخ مرخص شدن/مختوم شدن _____</p>





نام کودک:

تاریخ تولد:

تاریخ IFSP:

صفحه 8

## VIII. موافقتنامه IFSP

### رضایت پدر/مادر برای ارائه خدمات مداخله زودهنگام:

اینجانب یک نسخه از متن حقوق قانونی خانواده ها و اطلاعات راجع به هزینه سهم خانواده تحت بخش C در IDEA (اطلاعیه حقوق قانونی و حراستهای کودک و خانواده، شامل اطلاعاتی راجع به هزینه سهم خانواده) را همراه با این IFSP دریافت نموده ام. آن حقوق قانونی و خط مشی پرداخت برایم توضیح داده شدند و آنها را میفهمم. اینجانب در ایجاد این IFSP مشارکت نمودم، و رضایت آگاه به انجام یافتن فعالیت(هایی) که در این IFSP قید شده اند توسط سیستم Infant & Toddler Connection of Virginia و ارائه کنندگان را میدهم.

رضایت به این معنی است که اطلاعات کامل راجع به فعالیت(هایی) که رضایت برای آنها خواسته شده است به زبان مادری من و یا از طریق یک روش ارتباطی دیگر برای من فراهم شده است (مگر اینکه واضح باشد که چنین کاری عملی نیست)؛ و اینکه انجام فعالیت(هایی) که رضایت برای آنها خواسته شده است را میفهمم و کتباً با انجام آنها موافقت میکنم؛ و رضایت شامل توصیف آن فعالیت یا فعالیتهاست؛ و ارائه رضایت من داوطلبانه بوده و میتوانم در هر موقعی آنرا کتباً لغو نمایم.

اینجانب میفهمم که میتوانم یک خدمت یا خدمات را رد کنم، بدون اینکه هیچ خدمت یا خدمات مداخله زودهنگامی که فرزندم یا خانواده ام از طریق سیستم Infant & Toddler Connection of Virginia دریافت میکنند در خطر بیفتد.

من میفهمم که IFSP من در داخل سیستم محلی Infant & Toddler Connection of Virginia به دیگران افشاء خواهد شد، شامل ارائه کنندگانی که در ارزیابی و/یا ایجاد و/یا اجراء این IFSP سهیم هستند.

تاریخ

امضاء (یک مورد را تیک بزنید):  پدر و/یا مادر  قیم قانونی  جانشین پدر/مادر

سایر شرکت کنندگان IFSP (نام، صلاحیت، امضاء، و تاریخ با حروف درشت):

زمینه: هماهنگ ساز خدمات

زمینه:  آموزگار/آموزگار ویژه  متخصص کار درمانی  متخصص فیزیوتراپی  درمانگر گفتاری-زبانی  پرستار  دیگر

زمینه:  آموزگار/آموزگار ویژه  متخصص کار درمانی  متخصص فیزیوتراپی  درمانگر گفتاری-زبانی  پرستار  دیگر

زمینه:  آموزگار/آموزگار ویژه  متخصص کار درمانی  متخصص فیزیوتراپی  درمانگر گفتاری-زبانی  پرستار  دیگر

زمینه:  آموزگار/آموزگار ویژه  متخصص کار درمانی  متخصص فیزیوتراپی  درمانگر گفتاری-زبانی  پرستار  دیگر

افراد زیر بطور الکترونیکی یا کتبی شرکت کردند (مشخص کنید کدامیک):

مترجم/مترجم شفاهی (در صورت استفاده):

مدارک مربوط زیر الصاق شده اند:

نسخه ها به:

گواهی پزشک (برای ارسال صورتحساب به بیمه لازم است): اینجانب گواهی و تصویب میکنم که آن خدمات ، به صورتی که در IFSP تشریح شده اند، برای این کودک از نظر طبی لازمند.

تاریخ

صلاحیت

امضاء



نام کودک:

تاریخ تولد:

تاریخ IFSP:

صفحه 9

## IX. ثبت مرور IFSP

هدف مرور:  مرور 6 ماهه

تحت درخواست توسط:

تاریخ مرور:

خلاصه (شامل توجیه هرگونه تغییرات منتج از این مرور)

تاریخ پیش بینی شده شروع تغییر:

تغییر(ات):

### رضایت پدر/مادر

اینجانب یک نسخه از متن حقوق قانونی خانواده ها و اطلاعات راجع به هزینه سهم خانواده تحت بخش C در IDEA (اطلاعیه حقوق قانونی و حراستهای کودک و خانواده، شامل اطلاعاتی راجع به هزینه سهم خانواده) را همراه با این ثبت مرور IFSP دریافت نموده ام. آن حقوق قانونی و خط مشی پرداخت برایم توضیح داده شدند و آنها را میفهمم. اینجانب در ایجاد این مرور IFSP مشارکت نمودم، و رضایت آگاه به انجام هرگونه تغییراتی که در این ثبت مرور IFSP قید شده اند توسط سیستم Infant & Toddler Connection of Virginia و ارائه کنندگان را میدهم.

رضایت به این معنی است که اطلاعات کامل راجع به فعالیت(هایی) که رضایت برای آنها خواسته شده است به زبان مادری من و یا از طریق یک روش ارتباطی دیگر برای من فراهم شده است (مگر اینکه واضح باشد که چنین کاری عملی نیست)؛ و اینکه انجام فعالیت(هایی) که رضایت برای آنها خواسته شده است را میفهمم و کتباً با انجام آنها موافقت میکنم؛ و رضایت شامل توصیف آن فعالیت یا فعالیتهاست؛ و ارائه رضایت من داوطلبانه بوده و میتوانم در هر موقعی آنرا کتباً لغو نمایم.

اینجانب میفهمم که میتوانم یک خدمت یا خدمات را رد کنم، بدون اینکه هیچ خدمت یا خدمات مداخله زود هنگامی که فرزندم با خانواده ام از طریق سیستم Infant & Toddler Connection of Virginia دریافت میکنند در خطر بیفتد.

من میفهمم که IFSP من در داخل سیستم محلی Infant & Toddler Connection of Virginia به دیگران افشاء خواهد شد، شامل ارائه کنندگانی که در ارزیابی و/یا ایجاد و/یا اجراء این IFSP سهیم هستند.

تاریخ

امضاء (یک مورد را تیک بزنید):  پدر و/یا مادر  قیم قانونی  جانشین پدر/مادر

### در صورتیکه خدمات تحت این مرور IFSP افزایش یافت و فرزند من تحت پوشش بیمه خصوصی باشد:

صورتحساب خدمات تحت پوشش باید برای شرکت بیمه من ارسال شود. در صورتیکه حد ماهیانه من \$0 نباشد، موافقت میکنم که به پرداخت هزینه هرگونه سهم بیمه شده، فرانشیز و/یا خدمات پوشش نشده به صورتی که در بخش تغییرات در فرم موافقتنامه هزینه سهم خانواده قید شده است ادامه بدهم. اینجانب آگاهی دارم که میتوانم در هر موقعی این رضایت را به وسیله ارائه اطلاعیه کتبی به هماهنگ کننده خدمات فرزندم لغو نمایم.

صورتحساب خدمات تحت پوشش نباید دیگر برای شرکت بیمه من ارسال شود. در صورتیکه حد ماهیانه من \$0 نباشد، موافقت میکنم که به پرداخت هزینه خدمات به صورتی که در بخش تغییرات در فرم موافقتنامه هزینه سهم خانواده قید شده است ادامه بدهم. اینجانب آگاهی دارم که بایستی یک فرم جدید موافقتنامه هزینه سهم خانواده را تکمیل و امضاء نمایم.

اینجانب آگاهی دارم که در صورتیکه سئوالی درباره استفاده بیمه یا موافقتنامه های پرداخت در فرم موافقتنامه هزینه سهم خانواده داشته میتوانم با هماهنگ کننده خدماتم تماس بگیرم.

تاریخ

امضاء (یک مورد را تیک بزنید):  پدر و/یا مادر  قیم قانونی  جانشین پدر/مادر



نام کودک:

تاریخ تولد:

تاریخ IFSP:

صفحه 9a

تاریخ مرور:

سایر شرکت کنندگان IFSP (نام، صلاحیت، امضاء، و تاریخ با حروف درشت):

زمینه: هماهنگ ساز خدمات

زمینه:  آموزگار/آموزگار ویژه  متخصص کار درمانی  متخصص فیزیوتراپی  درمانگر گفتاری-زبانی  پرستار  دیگر

زمینه:  آموزگار/آموزگار ویژه  متخصص کار درمانی  متخصص فیزیوتراپی  درمانگر گفتاری-زبانی  پرستار  دیگر

زمینه:  آموزگار/آموزگار ویژه  متخصص کار درمانی  متخصص فیزیوتراپی  درمانگر گفتاری-زبانی  پرستار  دیگر

افراد زیر بطور الکترونیکی یا کتبی شرکت کردند (مشخص کنید کدامیک):

گواهی پزشک (برای ارسال صورتحساب به بیمه لازم است): اینجانب گواهی و تصویب میکنم که خدمات ، به صورتی که در IFSP تشریح شده اند، برای این کودک از نظر طبی لازمند.

امضاء

صلاحیت

تاریخ



نام کودک:

تاریخ تولد:

تاریخ IFSP:

ضمیمه

(برای ملاحظه شرح خدمات، به شماره مربوطه در صفحه 6 در IFSP مراجعه نمایید)

ارائه کننده خدمات (نام، بنگاه، نشانی، شماره تلفن)

شماره	خدمت	فعال؟
1	هماهنگ کننده خدمات	<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
2		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
3		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
4		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
5		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
6		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
7		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
8		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر
		<input type="checkbox"/> خیر

به من این فرصت داده شد که از میان بنگاههای ارائه کننده ای که در ناحیه سیستم محلی من کار میکنند و در شبکه پردازنده من هستند انتخاب کنم. میتوانم در هر موقع با تماس گرفتن با هماهنگ کننده خدماتم درخواست کنم که ارائه کننده خدماتم را عوض کنند.

	امضاء (یک مورد را تیک بزنید): <input type="checkbox"/> پدر و/یا مادر <input type="checkbox"/> قیم قانونی <input type="checkbox"/> جانشین پدر/مادر	تاریخ
برای خدمات شماره:	امضاء (یک مورد را تیک بزنید): <input type="checkbox"/> پدر و/یا مادر <input type="checkbox"/> قیم قانونی <input type="checkbox"/> جانشین پدر/مادر	تاریخ
برای خدمات شماره:	امضاء (یک مورد را تیک بزنید): <input type="checkbox"/> پدر و/یا مادر <input type="checkbox"/> قیم قانونی <input type="checkbox"/> جانشین پدر/مادر	تاریخ