

버지니아주 영유아 단체
개별화된 가족 서비스 계획(IFSP)
Local System Name Here



I. 아동 및 가족 정보

아동 이름: _____ 생년월일: _____

성별: 남 여 아동의 거주 카운티 또는 도시: _____

IFSP 날짜: _____ 개시일 연간 횟수 # _____ 6개월 검토 완료 기한: _____

검토 완료일: _____

가족의 제1언어 및/또는 의사소통 방식 _____ 자녀의 언어(가족과 다른 경우) _____

Medicaid 번호(선택 사항): _____

부모 및/또는 기타 가족 구성원의 이름, 주소, 전화번호, 기타 연락방법:

서비스 조정관의 이름, 기관, 주소, 전화번호, 이메일주소, 팩스 번호:

조기 개입 서비스는 연방 정부의

IDEA(장애인 교육법, Individuals with Disabilities Education Act)의 Part C에 의거해 수혜 자격이 있는 아동 및 그 가족에게 제공됩니다.

아동 이름: _____
IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____



IIa. 아동 및 가족 활동

(우리에게 도움을 제공하는 사람들이 우리의 일상과 활동을 알 수 있기를 우리가 바라는 것. 예를 들어, 우리가 일상적으로 가거나 가고 싶은 장소, 함께 어울리거나 어울리고 싶은 사람들, 하고 있거나 하고 싶은 활동, 그리고 자녀가 즐기는 활동 등.)

IIb. 가족이 확인한 자원, 우선순위 및 우려

(우리에게 도움을 제공하는 사람들이 우리의 자원 및 지원, 자녀의 발달에 대한 우려와 우선순위에 대해 알 수 있기를 우리가 바라는 것.)

가족을 위한 자발적 행위!

본 IIb 장을 작성하지 않더라도, 귀하의 자녀는 서비스를 받을 수 있습니다.

_____ 부모가 본 정보를 제공하지 않기로 결정한 경우 이니셜을 적으십시오.

_____ 부모가 IFSP에 본 정보를 포함시키지 않기로 결정한 경우 이니셜을 적으십시오.

아동 이름: _____
IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____



III. 팀 평가 이야기

진료 내용 및 진료 사유, 의학적 진단(특히 진료 사유와 관련해서), 관련된 건강 및 신체의 발달 정보(적절한 의료 기록, 임상적 징후, 증상 및 현재의 건강 상태를 포함), 영유아의 모든 발달 분야에서 현 수준의 발달 단계 진단서, 시청각 검사 결과, 기능적 강점과 제한의 요약서를 포함합니다.

다음은 서비스 계획 평가에 참여한 사람들입니다(인쇄체 이름, 자격증, 서명, 날짜):

부모 _____

서비스 조정관 _____

담당분야: 교육학자/특수교육전문가 작업 요법사 물리치료사 언어병리학자 간호사 기타 _____

담당분야: 교육학자/특수교육전문가 작업 요법사 물리치료사 언어병리학자 간호사 기타 _____

담당분야: 교육학자/특수교육전문가 작업 요법사 물리치료사 언어병리학자 간호사 기타 _____

담당분야: 교육학자/특수교육전문가 작업 요법사 물리치료사 언어병리학자 간호사 기타 _____

버지니아 주의 영유아 단체 시스템 외부에서 완료된 다음 평가로부터 얻은 정보는 해당 서비스 계획 평가를 완료하는데
사용됩니다(인쇄체 이름, 자격증, 전공 과목, 단체):

아동 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____



IV. 조기 개입 성과

성과(장기 목표) # 1 – 서비스 조정(필요한 경우)

아동 및 가족이 필요한 지원 및 서비스를 받도록 하기 위해 서비스 조정관은 다음 사항을 확인합니다.

- 가족에 의해 확인된 우려, 우선순위, 자원을 IFSP가 처리하고 있는지 여부
- 지원 및 서비스의 적합성 및 타당성
- 지원 및 서비스에 대한 만족도
- 아동 및 가족의 권리 보호 여부

단기 목표

IFSP의 구축 및 지속적인 검토와 수정으로 가족을 돕는다.

시간이 지남에 따라 나타나는 문제 및 우려를 제기한 가족에게 지원 및 보조한다.
 귀 자녀의 일상적인 건강 관리를 평가할 때 필요할 경우 정보를 제공하고 가족을 지원한다.

다음 자원을 포함하여 가족에 의해 확인된 지원을 제공한다.

목표일

달성일

IFSP의 구축 및 지속적인 검토와 수정으로 가족을 돕는다.	진행중	_____
시간이 지남에 따라 나타나는 문제 및 우려를 제기한 가족에게 지원 및 보조한다. 귀 자녀의 일상적인 건강 관리를 평가할 때 필요할 경우 정보를 제공하고 가족을 지원한다.	진행중	_____
다음 자원을 포함하여 가족에 의해 확인된 지원을 제공한다.	진행중	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

서비스 조정 활동(개입):

- 서비스 모니터링을 위해 지속적으로 연락을 유지한다
- 가족 및 지원, 보조, 서비스를 제공하는 개인/기관과 전화 통화를 하고 개인적으로 접촉한다.
- 가족을 적절한 지역 사회 자원과 연결한다.
- 문제 해결을 지원한다.

아동 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____



IV. 조기 개입 성과

성과 추가일: _____

획득: 자녀 또는 가족이 얻거나 이룬 능력 또는 행동을 설명하십시오.

일상적인 일과와 활동 내에서의 상황 또는 환경: 행동이 예상되는 자녀 또는 가족의 일상적인 일과/활동을 확인하십시오.

얼마의 시간 동안 해냈는지에 대한 기준: 특정 기간 동안 앞서 거론된 새로운 능력/행동의 빈도수/지속시간/비율을 설명하십시오.

성과(장기 기능적 목표) #__ 목표일: 달성일, 변경일 또는 종료일:

아동 및 가족의 이해 및 능력에 구축된 학습 기회 및 활동:

단기 목표	목표일	달성일
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

개입(치료 절차 및/또는 양상)

아동 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____



V. 조기 개입 성과 달성에 필요한 서비스

등재된 서비스	빈도수 (# 빈도/주/월/1회)	집중도 (# 최소 횟수/방문)	그룹(G)개인(I)	방법** (a,b,c,d)	자연 환경/위치 (하단에 정당화된 경우를 제외하고는 반드시 자연 환경 구성이어야 함)	지불 1. 가족 납부금 2. 보험 3. Medicaid 4. 정부 기금 5. 지방 기금 6. Part C	예정 시작일	예정 종료일	실제 종료일
1. 서비스 조정	*	*		서비스 조정					
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

*이것은 서비스 조정관과 직접 접촉하는 최소 빈도 및 집중도입니다. 서비스 조정은 귀택의 우선순위 및 필요성을 근거로 하여 변하는 활동적이고 지속적인 과정이므로, 실제로 제공하는 빈도 및 집중도는 달라집니다.

** 방법: a = 적절한 전문가를 포함한 지도 b = 상담 c = 평가
 d = 보조 기술 기구 제공

자연 환경에서는 조기 개입의 성과가 흡족할 만큼 달성되지 못하는 이유에 대한 합리화 및 조기 개입 서비스를 자연 환경에 돌려주는 데 필요한 시간표와 지원을 포함하는 계획:

예정 시작일보다 늦어지는 이유 - 가족이 IFSP에 서명을 한 이후 만 30일 이후 시작하도록 계획된 각 서비스에 대해, 해당 이유가 가족이 선호하는 계획인지, 아동과 가족의 필요에 맞도록 팀이 시작일을 늦추게 계획한 것인지, 또는 다른 이유인지를 알려줍니다:

VI. 기타 서비스(필요한 서비스이긴 하지만, PART C에는 등재되지 않은 서비스 - 아동 정밀 검사, 의료적 목적인 전문가의 후속 조치 등과 같은 의료 서비스 포함)

서비스	제공자	장소	서비스의 안정화를 도와주는 단계

아동 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____



VII. 전환 계획

전환에 대한 다음 정보는 최초 IFSP 회의 시작 부분에서 논의된 것입니다:

- 귀 자녀가 조기 개입 상태를 벗어나면 전환이 시작됩니다. 이 페이지에서 전환 계획은 다음 단계에 받게 될 서비스가 무엇이건 귀 자녀가 조기 개입 서비스에서 다음 단계로 원활하게 옮길 수 있도록 도움을 줍니다.
- 조기 개입 후 선택 사항(예: 인근 탁아소와 같은 커뮤니티 프로그램, 헤드스타트, 공립학교를 통한 취학 전 아동을 위한 특수 교육).
- 전환 가능 시기
 - 귀 자녀가 전체 발달 단계에서 알맞은 연령 수준에 도달하고 조기 개입을 위한 수혜 자격 조건 중 어느 것도 충족시키지 못하는 경우
 - 귀 자녀가 조기 개입 수혜 자격이 끝나는 만 3세가 된 경우
 - 귀 자녀가 공립학교를 통한 취학 전 아동을 위한 특수 교육 서비스 자격 요건(2-3세)인 경우이며, 귀하께서 그러한 서비스에 관심이 있으신 경우. 아동이 조기 개입과 취학 전 아동을 위한 특수 교육 서비스를 동시에 받을 수는 없습니다.

이 정보는 _____ (날짜) _____ (서비스 조정관의 이니셜)에 의해 논의된 것입니다.

전환 계획을 위한 주요 날짜:

_____ - 지역 학교 시스템을 통해 취학 전 아동을 위한 특수 교육 서비스에 관심이 있는 경우, 수혜 자격을 결정하기 위한 통지 및 소개 목표일(소개는 반드시 예정 전환일 전 최소한 90일 이전에 이루어져야 하며, 귀 자녀가 다음 학년의 첫날에 등교를 하려면, 소개는 귀 자녀가 9월 30일이면 2살이 되는 해의 4월 1일까지 이루어져야 합니다).

_____ (자녀의 만 3세 생일) - 귀 자녀가 더 이상 조기 개입 서비스를 받을 수 없게 되는 날짜

전환 계획

전환 활동의 완료는 귀하의 전환 계획 및 가족의 우선순위에 달려 있습니다.

전환 단계/활동	일 목 표	일 정	전 환 의 일 정
1. 커뮤니티 선택 사항: 귀하의 가족이 귀 자녀를 위해 취학 전 아동의 특수 교육 서비스를 포함한 커뮤니티 프로그램의 선택 사항을 탐색하는 것을 돕습니다. <ul style="list-style-type: none"> a. 귀하의 가족이 원하는 경우, 프로그램 연락 정보를 포함하여 조기 개입에 따른 커뮤니티 선택 사항에 대한 정보를 제공합니다. 다음의 프로그램에서 제공하는 정보: _____ b. 귀하의 가족이 원하는 경우, 프로그램을 방문할 수 있도록 예정을 세워드립니다. 방문한 프로그램: _____ c. 기타 단계/활동(예, 관심이 있다면, 귀하가 고려하고 있는 프로그램으로 전환한 다른 가족의 이름을 당사자의 허가를 얻은 후 알려주십시오): _____ 	_____	_____	_____
2. 지역 학교 부서 또는 버지니아 주 교육부로 통지 및 소개: 귀 자녀가 다음 학년의 첫날에 등교를 하려면, 예상 전환일로부터 최소 90일 이전, 그리고 9월 30일이면 2살이 되는 해의 4월 1일 이전까지 - <ul style="list-style-type: none"> a. 이견이 없을 경우 귀 자녀의 이름, 생년월일, 귀하의 연락처(이름, 주소, 전화번호)를 _____ 학교분과와 버지니아 주 교육부로 _____ 까지 보내주십시오. 이 정보를 보내면, 학교 부서는 커뮤니티 내에 있는 특수 교육 서비스 자격이 있는 사람을 파악하는데 도움이 되며 지역 학교 분과에 소개하는 일이기도 합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 통지 및 소개를 위해 우리 아이의 이름, 생년월일, 우리의 연락 정보를 지역 학교분과와 버지니아 주 교육부에 보내는 것을 원하지 않습니다. _____ (부모 이니셜 및 날짜) • 마음이 바뀌어서 지역 학교분과와 버지니아 주 교육부에 이 정보를 보내는 것에 동의합니다. _____ (부모 이니셜 및 날짜) b. 통지 및 소개 발송일 _____ c. 정보 양식 공개에 동의하시면 귀 자녀에 대한 구체적인 정보를 지역 학교분과(예, 가장 최근의 수혜 자격 결정 및 평가 보고서 IFSP 등)에 보내주십시오. <ul style="list-style-type: none"> • _____(일)에 정보양식 공개로 얻은 부모 동의서 • 정보 발송일 _____ 	_____	_____	_____

아동 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____



전환 단계/활동	목표일	완료일	완료한 사람의 이니셜
<p>3. 기타 프로그램 등록 지원: 귀하의 가족이 지역 학교분과가 아닌 귀 자녀를 위해 관심이 가는 커뮤니티 프로그램에 등록하도록 도와드립니다.</p> <p>a. 서류를 얻고 작성하거나 원하는 프로그램 등록에 필요한 다른 단계를 이수하도록 도와드립니다. _____</p> <p>b. 필요하다면 정보 양식 공개에 동의할 경우 향후 서비스 제공자 또는 프로그램(예, 가장 최근의 수혜 자격 결정 및 평가 보고서 IFSP 등)에 귀 자녀를 소개하고 귀 자녀에 대한 구체적인 정보를 보내주십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____(일)에 정보양식 공개로 얻은 부모 동의서 • _____(날짜)에 _____(프로그램)에 정보양식 발송 • 정보 발송일: _____ <p>c. 기타 단계/활동: _____</p>			
<p>4. 전환 계획 회의: 모두가 동의할 경우 귀 자녀의 예상 전환일로부터 최소 90일 이전 - 최고 9개월까지</p> <p>귀하의 가족이 취학 전 아동의 특수 교육 서비스로의 전환을 고려 중에 있다면, 전환을 하는 방법을 계획하기 위해 귀하, 서비스 조정관, 새로운 프로그램 담당자 간에 전환 회의를 가지십시오.</p> <p>a. _____(일)에 부모 사전 고지 양식이 제공됩니다.</p> <p>b. 부모가 회의를 <input type="checkbox"/> 승인/<input type="checkbox"/> 승인하지 않았습니다.</p> <p>c. 서비스 조정관은 회의 일정 및 원하는 측의 참가를 확인합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____(일)에 전환 회의가 개최됩니다. • 다음의 사람들이 참석합니다: <input type="checkbox"/> (부모 - 필수), <input type="checkbox"/> (조기 개입 - 필수), <input type="checkbox"/> (학교 분과 - 필수), <input type="checkbox"/> (기타 _____), <input type="checkbox"/> (기타 _____) 	_____	_____	_____
<p>5. 전환 서비스: 일단 귀 자녀가 전환할 프로그램을 결정했으면, 가족이 원하는 경우에는 조기 개입 프로그램에서 새로운 프로그램으로 매끄럽게 이동할 수 있도록 지원 및 서비스의 변화에 귀 자녀와 가족이 준비하는 것을 돕습니다.</p> <p>a. 귀 자녀는 _____으로 전환합니다. _____(에 rejected date)</p> <p>b. 다음 날짜까지 귀 자녀와 가족이 조기 개입 프로그램에서 (해당될 경우) 새로운 프로그램/환경으로 전환되도록 준비를 돕습니다:</p> <p>_____</p>	_____	_____	_____
<p>6. 조기 개입 서비스 종료: 귀 자녀가 만 3세가 되기 전에 지역 Part C 시스템에서 탈퇴시키십시오.</p> <p>a. 부모 사전 고지 양식에 서명했습니까? <input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p>b. 자녀가 서비스에 참가하지 않은 상태인 경우: 부모 사전 고지 양식이 제공됩니다. _____(date)</p> <p>_____ (일)에 식에 서명했습니까? <input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p>c. 탈퇴/종료일 _____</p>	_____	_____	_____

아동 이름: _____
IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____



VIII. IFSP 동의서

조기 개입 서비스 제공에 대한 부모 동의:

본인은 본 IFSP와 함께 IDEA(가족 부담 비용에 대한 사실(Facts About Family Cost Share)을 포함한 아동 및 가족 권리 보호 조항에 관한 통지)의 Part C에 의거한 가족 권리 및 가족 부담 비용에 대한 정보 사본을 수령했습니다. 나는 본 권리와 지불 정책을 설명 받고 이를 이해하고 있습니다. 나는 본 IFSP 구축에 참여했으며, 버지니아 주의 영유아 단체 시스템과 본 IFSP에 나열된 활동(들)을 서비스 제공자가 수행하도록 하는 정보가 담긴 동의서를 제출했습니다.

동의란 본인의 모국어(명백히 구사가 불가능한 상황 제외) 또는 기타 의사 표현 방법으로 본 동의가 추구하는 활동(들)에 대한 모든 정보를 완전히 제공받았으며, 본 동의서에서 구하는 활동(들)이 수행한다는 것을 모두 이해하고 서면으로 동의했으며, 본 동의서는 그러한 활동(들)을 설명하고 있으며, 그리고 본인이 승인한 동의는 자발적인 것으로서 언제든지 서면으로 취소할 수 있습니다.

나는 이 서비스(들)를 거절하더라도 버지니아 주 영유아 단체 시스템을 통해 우리 아이 또는 가족이 받는 다른 조기 개입 서비스에 문제가 발생하지 않는다는 점도 알고 있습니다.

나는 나의 IFSP가 버지니아 주의 지역 영유아 단체 시스템과 본 IFSP를 평가 및/또는 발달 및/또는 실행하는 서비스 제공자 사이에서 공유될 것이라는 사실을 이해하고 있습니다.

서명자(하나만 선택): 부모 법적 후견인 대리부모

날짜

기타 IFSP 참여자 (인쇄체 이름, 자격증, 서명, 날짜):

담당분야: 서비스 조정관

담당분야: 교육학자/특수교육전문가 작업 요법사 물리치료사 언어병리학자 간호사 기타

담당분야: 교육학자/특수교육전문가 작업 요법사 물리치료사 언어병리학자 간호사 기타

담당분야: 교육학자/특수교육전문가 작업 요법사 물리치료사 언어병리학자 간호사 기타

담당분야: 교육학자/특수교육전문가 작업 요법사 물리치료사 언어병리학자 간호사 기타

다음은 인터넷 또는 서면으로 참석한 사람입니다(구체적으로 설명):

번역사/통역사(이용한 경우):

다음의 관련 서류를 첨부합니다:

다음의 서류에 대한 복사본:

의사 증명서(보험 청구 시 필요): 본인은 IFSP에서 설명하는 것처럼 서비스가 의료적으로 이 아이에게 필요하다는 것을 보증하고 증명합니다.

서명

자격증

날짜

아동 이름: _____
IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

영유아
영유아 단체



9페이지

IX. IFSP 검토 기록

검토 목적: 6개월 검토 검토 신청자: _____ 검토일: _____

요약 (본 검토로 인해 변경해야 하는 이유 포함):

변경사항: _____ 변경을 위한 예정 시작 날짜: _____

부모 동의서

본인은 본 IFSP 검토 기록과 함께 IDEA(가족 부담 비용에 대한 사실(Facts About Family Cost Share)을 포함한 아동 및 가족 권리 보호 조항에 관한 통지)의 Part C에 의거한 가족 권리 및 가족 부담 비용에 대한 정보 사본을 수령했습니다. 나는 본 권리와 지불 정책을 설명 받고 이를 이해하고 있습니다. 나는 본 IFSP 검토 구축에 참여했으며, 버지니아 주의 영유아 단체 시스템과 본 IFSP 검토 기록에 나열된 활동(들)을 서비스 제공자가 수행하도록 하는 정보가 담긴 동의서를 제출했습니다.

동의란 본인의 모국어(명백히 구사가 불가능한 상황 제외) 또는 기타 의사 표현 방법으로 본 동의가 추구하는 활동(들)에 대한 모든 정보를 완전히 제공받았으며, 본 동의서에서 구하는 활동(들)이 수행한다는 서면을 모두 이해하고 동의했으며, 본 동의서는 그러한 활동(들)을 설명하고 있으며, 그리고 본인이 승인한 동의는 자발적인 것으로서 언제든지 서면으로 취소할 수 있습니다.

나는 이 서비스(들)를 거절하더라도 버지니아 주 영유아 단체 시스템을 통해 우리 아이 또는 가족이 받는 다른 조기 개입 서비스에 문제가 발생하지 않는다는 점도 알고 있습니다.

나는 나의 IFSP가 지역 영유아 단체 시스템과 본 IFSP를 평가 및/또는 발달 및/또는 실행하는 서비스 제공자 사이에서 공유될 것이라는 사실을 이해하고 있습니다.

서명자(하나만 선택): 부모 법적 후견인 대리부모

날짜

본 IFSP 검토로 서비스가 증가되고 우리 아이가 민간보험으로 보장 받는 경우:

내 보험회사는 보험 적용이 되는 서비스에 대해 청구 받아야 합니다. 내 월별 한도액이 \$0이 아닌 경우 나는 가족 부담 비용 동의서의 '요금 청구' 섹션에 표시된 방식으로 관련 자기부담금, 공제금액 및/또는 비보험 서비스 비용을 계속 지불한다는 데 동의합니다. 나는 우리 아이의 서비스 조정관에게 서면 통지로 언제라도 이 동의를 취소할 수 있음을 알고 있습니다.

내 보험회사는 보험 적용이 되는 서비스에 대해서는 청구 받지 않아야 합니다. 내 월별 한도액이 \$0이 아닌 경우 나는 가족 부담 비용 동의서의 '요금 청구' 섹션에 표시된 방식으로 서비스 비용을 지불한다는 데 동의합니다. 나는 내가 새로운 가족 부담 비용 동의서를 작성하고 서명해야 한다는 것을 알고 있습니다.

나는 가족 부담 비용 동의서의 보험 이용 또는 서비스 이용료 지불 준비에 대해 문의사항이 있을 경우 내 서비스 조정관에게 연락할 수 있음을 알고 있습니다.

서명자(하나만 선택): 부모 법적 후견인 대리부모

날짜

아동 이름: _____
IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

영유아
영유아 단체



9a페이지

검토일:

기타 IFSP 참여자 (인쇄체 이름, 자격증, 서명, 날짜):

담당분야: 서비스 조정관

담당분야: 교육학자/특수교육전문가 작업 요법사 물리치료사 언어병리학자 간호사 기타

담당분야: 교육학자/특수교육전문가 작업 요법사 물리치료사 언어병리학자 간호사 기타

담당분야: 교육학자/특수교육전문가 작업 요법사 물리치료사 언어병리학자 간호사 기타

다음은 인터넷 또는 서면으로 참석한 사람입니다(구체적으로 설명):

의사 증명서(보험 청구 시 필요): 본인은 IFSP에서 설명하는 것처럼 서비스가 의료적으로 이 아이에게 필요하다는 것을 보증하고 증명합니다.

서명

자격증

날짜

아동 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

영유아
 영유아 단체



(서비스에 대한 자세한 내용은 IFSP의 6페이지의 해당 번호의 내용을 참조하십시오.)

부록

#	서비스	서비스 제공자 (이름, 기관, 주소, 전화번호)	현재?
1	서비스 조정		<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
2			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
3			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
4			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
5			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
6			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
7			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
8			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 아니오

나는 내 지역 시스템 구역의 지불인 네트워크 안에 있는 제공 기관 중에서 선택할 수 있는 기회를 제공 받았습니다.
 나는 나의 서비스 조정관과 연락하여 언제든지 서비스 제공자 변경을 요청할 수 있습니다.

서비스 번호 #	서명자(하나만 선택): <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 법적 후견인 <input type="checkbox"/> 대리부모	날짜
서비스 번호 #	서명자(하나만 선택): <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 법적 후견인 <input type="checkbox"/> 대리부모	날짜
서비스 번호 #	서명자(하나만 선택): <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 법적 후견인 <input type="checkbox"/> 대리부모	날짜