



شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا
برنامه خدمات انفرادی خانوادگی (IFSP-TCM)
نام سیستم محلی در اینجا ذکر می شود

I - اطلاعات مربوط به کودک و خانواده

نام کودک: _____

تاریخ تولد: _____

جنسیت: مذکر مونث

کانتی یا شهر محل اقامت کودک: _____

اولیه

تاریخ ISFP: _____

سالانه # _____

تاریخ تکمیل بررسی 6 ماهه: _____

تاریخ های سررسید بررسی های سه ماهه

مدیریت پرونده مربوط به مدیکید (TCM): _____

تاریخ (های) بررسی های تکمیل شده IFSP/TCM: _____

تاریخ (های) دیگر بررسی (های) تکمیل شده: _____

زبان اصلی خانواده

و / یا طریق ارتباط: _____ زبان اصلی کودک (اگر متفاوت است) _____

شماره مدیکید (اختیاری): _____

نام، آدرس، شماره تلفن و سایر تماسهای والد و / یا عضو دیگر خانواده:

نام، سازمان، آدرس، شماره تلفن، ایمیل و فکس هماهنگ کننده خدمات:

از _____ (تاریخ شروع) تا _____ (تاریخ پایان) این IFSP به عنوان برنامه خدمات مصرف کننده برای خدمات پرونده مربوط به مدیکید نیز عمل می کند.

خدمات مداخله ای اولیه در اجرای قسمت ج قانون آموزش افراد معلول که جنبه فدرال دارد، به کودکان واجد شرایط

و خانواده های آنها عرضه می شود.



شبکه نوزاد و
کودک نوپای ویرجینیا
صفحه 2

نام کودک : _____
تاریخ تولد: _____
تاریخ IFSP: _____

IIa – فعالیتهای کودک و خانواده

آنچه که ما می خواهیم این است که مردم به ما کمک کنند در باره کارهای روزانه و فعالیت های معمولی خود اطلاعاتی داشته باشیم: جاهایی که می رویم یا دوست داریم برویم، افرادی که با آنها هستیم یا دوست داریم با آنها باشیم، فعالیت هایی که انجام می دهیم یا دوست داریم انجام دهیم و کارهایی که کودکان از آن لذت می برد.

داوطلبانه!
اگر قسمت IIb را تکمیل نکنید کودکان هنوز هم می تواند از خدمات بهره مند شود.
----- حروف اول نام و فامیل والد اگر نخواهد این اطلاعات را ارائه دهد.
----- حروف اول نام و فامیل والد اگر نخواهد این اطلاعات در IFSP وارد شود.

IIb- منابع، ارجحیت ها، و نگرانی های شناخته شده خانواده

آنچه که ما می خواهیم این است که مردم به ما کمک کنند در باره منابع و حمایت هایی که در اختیار داریم و همچنین در باره نگرانی ها و ارجحیت هایی که در رابطه با رشد کودک خود داریم آگاهی یابیم.



نام کودک: _____
تاریخ IFSP: _____ تاریخ تولد: _____

IIc- برآورد اجتماعی (برای مدیریت پرونده مربوط به مدیکید ضروری است)

خانه و زندگی روزانه (از جمله اطلاعات / نیازهای مربوط به اسکان):

موارد حقوقی و امور مربوط به سرپرستی:

اوقات فراغت و تفریحات:

آموزش و تعلیمات حرفه ای:

روابط و حمایت های اجتماعی:

سلامت جسمی / روانی ، ایمنی و امور رفتاری (از جمله رفتارهای چالش انگیز ، نیازهای پزشکی، داروها، و نیازهای مربوط به تغذیه):



نام کودک: _____
تاریخ IFSP: _____ تاریخ تولد: _____

IIc- برآورد اجتماعی (برای مدیریت پرونده مربوط به مدیکید ضروری است) دنباله

منابع مالی، بیمه، حمل و نقل و سایر منابع (از جمله هر گونه درآمدی که به نام کودک است):

توانایی ها، ترجیحات و آرزوهای شخصی:

خلاصه خدمات قبلی که موفق یا ناموفق بوده اند:

مسائل مربوط به تقویت / هواخواهی / داوطلبانه بودن:

موانع ارتباطی:



شبکه نوزاد و

کودک نوپای ویرجینیا

صفحه 3

III – ارزیابی تیم

نام کودک: _____

تاریخ IFSP: _____

تاریخ تولد: _____

منبع معرفی و دلیل معرفی، هرگونه تشخیص پزشکی (بخصوص موارد مربوط به دلیل معرفی، اطلاعات مربوطه بهداشتی و رشد بدنی (از جمله سابقه پزشکی مربوطه، علائم و نشانه های بالینی، وضعیت فعلی سلامت)، یک بیانیه سطوح فعلی رشد کودک در همه قسمت های رشد، نتایج آزمایشات بینایی و شنوایی، و خلاصه ای از نقاط قوت و محدودیت های عملکردی را ذکر کنید.

افراد زیر در ارزیابی جهت برنامه ریزی خدمات شرکت کرده اند (نام با حروف جدا از هم، مجوزها، نقش / سازمان، امضاء، تاریخ):

اطلاعات ارزیابی های زیر که خارج از شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا تکمیل شده بود برای تکمیل ارزیابی جهت برنامه ریزی خدمات مورد استفاده قرار گرفت.
(نام با حروف جدا، مجوزها، سازمان):

نام کودک : _____
تاریخ تولد : _____

تاریخ IFSP :



شبکه نوزاد و
کودک نوپای ویرجینیا
صفحه 3
III - برآورد تیم
از موارد بیانی



نام کودک :

تاریخ IFSP :

تاریخ تولد :

حروف اول نام برآورد کننده (برآورد کننده ها)	تاریخ ارزیابی سن تقویمی (CA) سن عقلی (AA)	روشها/ وسایل به کار رفته	اطلاعات مربوط به سطح فعلی رشد کودک (باید شامل سطوح یا دامنه های سنی باشد)	جنبه رشد
	تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____	نظارت <input type="checkbox"/> گزارش والد <input type="checkbox"/>		ذهنی (تفکر و یادگیری)
	تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____	نظارت <input type="checkbox"/> گزارش والد <input type="checkbox"/>		ارتباط های بیانی (ایجاد صدا، ژست گیری و صحبت)
	تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____	نظارت <input type="checkbox"/> گزارش والد <input type="checkbox"/>		ارتباط های دریافتی (فهم اصوات، کلمات و ژست ها)
	تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____	نظارت <input type="checkbox"/> گزارش والد <input type="checkbox"/>		مهارت های حرکتی عمده (تکان دادن و به کار بردن عضلات بزرگ)
	تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____	نظارت <input type="checkbox"/> گزارش والد <input type="checkbox"/>		مهارت های حرکتی ظریف (استفاده از دست ها و انگشتان)
	تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____	نظارت <input type="checkbox"/> گزارش والد <input type="checkbox"/>		اجتماعی / احساسی (حشر و نشر با دیگران)
	تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____	نظارت <input type="checkbox"/> گزارش والد <input type="checkbox"/>		اقتباسی (غذا دادن / غذا خوردن، لباس پوشیدن و خوابیدن)
	تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____	ابزار آزمایش چشم قسمت ج ویرجینیا (در آزمایش اولیه ضروری است) روشهای اضافی استفاده شده:	نتایج: <input type="checkbox"/> عدم نیاز به معرفی گفته شده <input type="checkbox"/> نظارت شود <input type="checkbox"/> معرفی شود وضعیت (اطلاعات مخصوص چشم هنگامی که ممکن است):	بینایی
	تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____	ابزار آزمایش گوش قسمت ج ویرجینیا (در آزمایش اولیه ضروری است) روشهای اضافی استفاده شده:	نتایج: <input type="checkbox"/> عدم نیاز به معرفی گفته شده <input type="checkbox"/> نظارت شود <input type="checkbox"/> معرفی شود وضعیت (اطلاعات مخصوص گوش هنگامی که ممکن است):	شنوایی

واجد شرایط بودن برای خدمات بخش ج

برآورد و ارزیابی بخش ج بر اساس عقیده کلینیکی آگاهانه و با استفاده روش های چندگانه ذکر شده در بالا صورت گرفته است. فرزند شما برای قسمت ج خدمات واجد شرایط است زیرا او دارای وضعیت زیر می باشد: (یک یا چند خانه را علامت بزنید):

تاخیر 25 درصدی در رشد در یک یا چند جنبه (همه موارد را که صدق می کند علامت بزنید)

ذهنی فیزیکی (شامل مهارت های حرکتی ظریف و عمده)

اجتماعی یا احساسی اقتباسی ارتباطات (شامل زبان بیانی و دریافتی)

رشد غیر عادی را در موارد زیر (همه مواردی را که صدق می کند علامت بزنید):

دریافتی - حرکتی رفتار اجتماعی - احساسی اجتماعی ، ارتباطی و رفتاری

بیان کنید (اختیاری):

یک وضعیت طبی تشخیص داده شده که احتمالاً به تاخیر در رشد منجر شده (نام ببرید):

فرزند شما برای قسمت ج خدمات واجد شرایط نیست زیرا معیارهای فوق در مورد او صدق نمی کند. از این فرم برای فقط به عنوان سابقه برآورد استفاده می شود.

واجد شرایط بودن برای مدیریت پرونده مربوط به مدیکید

فرزند شما برای خدمات پرونده مربوط به مدیکید واجد شرایط است زیرا وضعیت زیر شامل او می شود (یک خانه یا بیشتر را علامت بزنید)

تاخیر در رشد ذهنی و اقتباسی (برای بخش های مهارت اقتباسی TCM از جمله ارتباط، مراقبت از خود، زندگی در خانه، مراقبت های اجتماعی، استفاده در جامعه، راهنمایی خود، سلامت و ایمنی، مسائل درسی، اوقات فراغت)

یک وضعیت پزشکی شناخته شده که او را واجد شرایط می سازد

فرزند شما برای مدیریت پرونده مربوط به مدیکید واجد شرایط نیست



نام کودک: _____
تاریخ IFSP: _____ تاریخ تولد: _____

شبکه نوزاد و
کودک نوپای ویرجینیا
صفحه 4

IV- پیامدهای مداخله قبل از موعد

- شما هماهنگی خدمات
 - هماهنگی خدمات/ TCM (مدیریت پرونده مربوط به مدیکید) را دریافت خواهد کرد.
- پیامد (هدف درازمدت) شماره 1 – هماهنگی خدمات (لازم است)
- برای آنکه به کودک و خانواده شما کمک شود حمایت ها و خدماتی را که بدان نیاز دارید دریافت کنید، هماهنگ کننده خدمات/ مدیر پرونده شما اطمینان حاصل خواهد کرد که:
- IFSP به نگرانی ها، ارجحیت ها و منابع شناخته شده شما می پردازد؛
 - مناسب بودن و کافی بودن خدمات و حمایت ها رعایت شده است؛
 - شما از خدمات و حمایت ها راضی شده اید؛ و
 - از حقوق کودک و خانواده شما حفاظت شده است.

اهداف کوتاه مدت	تاریخ مورد نظر	تاریخ انجام کار
در رابطه با ایجاد و بررسی مداوم و تجدید نظر در برنامه خدمات انفرادی خانواده (IFSP) به خانواده شما کمک می کند.	مداوم	
حمایت و کمک به خانواده شما عرضه می کند تا به مسائل و نگرانی هایی که در طی زمان پیش می آید بپردازد.	مداوم	
حمایت های شناسایی شده توسط خانواده شما را عرضه می کند تا منابع خود را از جمله برای موارد زیر مورد استفاده قرار دهد.		

فعالیت های هماهنگی خدمات (مداخله ها):

- برای ردیابی خدمات تماس مداوم با شما را حفظ می کند.
- تماسهای تلفنی / شخصی با خانواده شما و اشخاص / سازمان هایی که حمایت، کمک و خدمات را عرضه می کنند.
- حداقل هر سه ماه خدمات را مرور می کند.
- خانواده شما را با منابع مناسب جامعه ارتباط می دهد.
- در رابطه با حل مسائل به شما کمک می کند.



نام کودک : _____
 تاریخ IFSP: _____
 تاریخ تولد: _____

V - خدمات مورد نیاز برای نیل به پیامدهای مداخله قبل از موعد

تاریخ پایان واقعی	تاریخ پایان پیش بینی شده	تاریخ شروع پیش بینی شده	پرداخت 1 - خانواده 2 - بیمه 3 - مدیکید 4 - منابع ایالتی 5 - منابع محلی 6 - قسمت ج	محیط طبیعی/ محل (باید محیط طبیعی باشد مگر آنکه در زیر توجه شده)	روشها** (a,b,c,d)	گروهی (G) انفرادی (I)	شدت (حداقل/تعداد ویزیت)	دفعات (در هفته/ماه / برای یکبار)	سرویس قابل ارائه
					همانگی خدمات		*	*	1 - همانگی خدمات
									2.
									3.
									4.
									5.
									6.
									7.
									8.

* این حداقل دفعات و شدت تماس مستقیم از جانب هماننگ کننده خدمات شماسست. دفعات و شدت همانگی خدماتی که عملا ارائه می شود متفاوت خواهد بود زیرا همانگی خدمات یک جریان فعال و مداوم است که بر مبنای ارجحیت ها و نیازهای خانواده شما تغییر می یابد.
 ** روش ها: a = تعلیم دادن، از جمله کمک های دستی متناسب b = مشاوره c = ارزیابی
 d = فراهم ساختن وسیله تکنولوژی کمکی

توجه این مسئله که چرا پیامدهای مداخله قبل از موعد را بصورت قانع کننده ای نمی توان در یک محل طبیعی حاصل کرد و برنامه ای با دوره ها و حمایت های لازم برای برگشت به ارائه خدمات مداخله ای قبل از موعد در یک محیط طبیعی:

دلیل برای به تعویق انداختن تاریخ شروع پیش بینی شده - برای هر گونه خدماتی که قرار است دیرتر از 30 روز تقویمی پس از امضای فرم IFSP توسط خانواده آغاز شود، این موضوع را خاطرنشان سازید که آیا دلیل این کار ترجیح خانواده در ترتیب کار است، تیم یک تاریخ آغاز دیرتر را برای پرداختن به نیازهای کودک و خانواده برنامه ریزی کرده، یا دیگری:

VI- خدمات دیگر - (خدمات مورد نیاز، اما آنچه که کودک تحت قسمت ج واجد شرایط آن نیست - از جمله خدمات پزشکی مثل چک آپ های بهداشتی، خدمات تخصصی بعدی برای مقاصد پزشکی، و غیره).

نوع سرویس	ارائه دهنده	محل	گام هایی که باید برای کمک به تامین خدمات برداشت

نام کودک: _____
تاریخ IFSP: _____
تاریخ تولد: _____

در آغاز برآورد اولیه IFSP در رابطه با انتقال اطلاعات زیر مورد بحث قرار گرفت:

- انتقال هنگامی صورت می گیرد که کودک شما مداخله قبل از موعد را ترک می کند. برنامه ریزی روی این ورقه به شما و کودکان کمک می کند با سهولت از مداخله قبل از موعد به آنچه که بعداً برایش پیش می آید انتقال یابد.
 - راه های اختیاری پس از مداخله قبل از موعد (مثلاً: برنامه های اجتماعی از قبیل مهد کودک (نرسری اسکول) های محلی، برنامه های شروع کار موسوم به هد استارت، آموزش ویژه اوایل کودکی از قبیل مدارس عمومی).
 - زمان بندی های احتمالی برای انتقال.
 - هنگامی که کودک شما به یک سطح سنی مربوط به همه بخش های رشد می رسد و دیگر دارای هیچگونه وضعیتی نیست که برای مداخله قبل از موعد واجد شرایط باشد.
 - هنگامی که کودک شما به سه سالگی می رسد، یعنی زمانی که پایان واجد شرایط بودن برای مداخله قبل از موعد است.
 - هنگامی که کودک شما برای خدمات آموزش ویژه سنین آغاز کودکی از طریق مدارس عمومی واجد شرایط است یا اگر آن شرایط را پیدا کند (بین سنین 2 تا 3 سالگی)، چنانچه به آن خدمات علاقه ای داشته باشید. از طریق مدارس عمومی نمی توان هم خدمات مداخله ای قبل از موعد و هم آموزش ویژه اوایل کودکی را همزمان ارائه داد.
- این اطلاعات در _____ (تاریخ) توسط _____ (حروف اول نام و فامیل هماهنگ کننده خدمات) مورد بحث قرار گرفت.

تاریخ های مهم برای برنامه ریزی انتقال:

- تاریخ مورد نظر برای معرفی جهت واجد شرایط بودن، در صورتی که به خدمات آموزش ویژه اوایل کودکی از طریق سیستم مدارس محل خود علاقه مند باشید (معرفی باید حداکثر تا 1 اپریل سالی صورت گیرد که کودکان تا 30 سپتامبر آن سال 2 ساله می شود، و این در صورتی است که می خواهید کودکان "مدرسه" (اسکول) را در اولین روز سال تحصیلی بعدی آغاز کند.

- (تاریخ 3 ساله شدن کودک) - تاریخی که کودک شما دیگر برای دریافت مداخله قبل از موعد واجد شرایط نیست.

آگهی به بخش مدرسه محل:

نام، آدرس، شماره تلفن و تاریخ تولد کودک ما حداکثر تا _____ (تاریخ) به _____ (بخش مدرسه) فرستاده خواهد شد مگر آنکه ما با این موضوع موافق نباشیم. ارسال این اطلاعات به بخش مدرسه کمک می کند آگاهی یابد چه کسی در جامعه ممکن است برای خدمات آموزش ویژه واجد شرایط باشد. این یک معرفی نامه برای آن خدمات نیست و بدان معنی نمی باشد که شما به آن خدمات علاقه مندید.

من مایل نیستم نام، آدرس، شماره تلفن و تاریخ تولد فرزند من برای بخش مدرسه محل ارسال شود.

من عقیده خود را عوض کرده ام و موافقت می کنم که این اطلاعات به بخش مدرسه محل ارسال شود.

تاریخی که آگهی فرستاده شده: _____

(حروف اول نام و فامیل والد / تاریخ)

(حروف اول نام و فامیل والد / تاریخ)

شرایط برنامه ریز انتقال

فعالیت های تکمیل شده انتقال به برنامه های انتقال و ارجحیت های خانواده شما بستگی خواهد داشت.

حروف اول نام	تاریخ تکمیل	تاریخ مورد	گام ها / فعالیت های انتقال بر مبنای برنامه های انتقال شما و ارجحیت های خانواده تان، هماهنگ کننده خدمات شما:
			<p>1 - در رابطه با جستجو در برنامه های اجتماعی و راه های موجود به خانواده تان کمک خواهد کرد که شامل خدمات آموزش ویژه اوایل کودکی برای کودک شما خواهد بود.</p> <p>الف- اطلاعات لازم از جمله اطلاعات تماس برنامه را که مربوط به مراحل بعدی مداخله قبل از موعد است و برای خانواده تان مطلوب می باشد در اختیار شما خواهد گذاشت. اطلاعات در رابطه با برنامه زیر عرضه خواهد شد: ب- ترتیب بازدید از برنامه ها، به صورتی که مطلوب خانواده شماست. برنامه های بازدید شده:</p> <p>ج- نام خانواده های دیگر (با اجازه خودشان) را در اختیار شما خواهد گذاشت که به برنامه هایی که خانواده شما در نظر گرفته منتقل شده اند و این کار در صورتی است که مطابق میل خانواده شماست.</p> <p>د- سایر اقدامات / فعالیت ها:</p>

نام کودک: _____
 تاریخ IFSP: _____ تاریخ تولد: _____

حروف اول نام و	تاریخ تکمیل	تاریخ مورد نظر	<p>گام ها / فعالیت های انتقال بر مبنای برنامه های انتقال شما و ارجحیت های خانواده تان، هماهنگ کننده خدمات شما:</p>
			<p>2 – با اجازه شما، یک معرفی برای بخش مدرسه محل یا سایر برنامه های مطلوب صادر خواهد کرد الف – رضایت والد برای در اختیار نهادن اطلاعات در (تاریخ) _____ حاصل شده است. ب – با رضایت والد که در فرم در اختیار نهادن اطلاعات اعلام شده فرزند شما را به ارائه دهنده خدمات یا برنامه بعدی معرفی خواهد کرد و اطلاعات مخصوص به فرزند شما را برای آنها خواهد فرستاد. (مثلا گزارش های برآورد، IFSP، و غیره). لیست اطلاعات ارسال شده: ج – معرفی نامه در (تاریخ) _____ برای (برنامه) _____ ارسال شد. د – سایر اقدامات / فعالیت ها:</p>
			<p>3 – چنانچه خانواده شما انتقال به برنامه های آموزش ویژه اوایل کودکی را مد نظر دارد، برای برنامه ریزی انتقال، در یک جلسه انتقال شرکت کنید که در عرض 90 روز تشکیل می شود و در آن هماهنگ کننده خدمات و شخص دیگری از برنامه جدید نیز شرکت دارند. الف – فرم آگهی قبلی به والدین در (تاریخ) _____ ارسال شد. ب – والد شرکت در این جلسه را <input type="checkbox"/> می پذیرد / <input type="checkbox"/> نمی پذیرد. <input type="checkbox"/> (امضای والد)؛ (تاریخ) _____ یا <input type="checkbox"/> فرم امضا شده تصویب والد برای برنامه ریزی جلسه انتقال در پرونده کودک موجود است. ج – هماهنگ کننده خدمات اطمینان می دهد که برنامه ریزی جلسه انجام شده و طرف های مورد نظر را آن شرکت کنند. این کار بدین صورت انجام می شود (یکی را علامت بزنید). <input type="checkbox"/> دعوت مستقیم شرکت کنندگان و تعیین زمان و مکان جلسه <input type="checkbox"/> کار با بخش مدرسه برای تشکیل جلسه به عنوان قسمتی از روند واجد شرایط بودن د – جلسه انتقال در (تاریخ) _____ تشکیل شد. ه – افراد زیر در این جلسه شرکت کردند: <input type="checkbox"/> (والد – ضروری)، <input type="checkbox"/> (مداخله قبل از موعد - ضروری)، <input type="checkbox"/> (بخش مدرسه – ضروری)، <input type="checkbox"/> (دیگری) <input type="checkbox"/> دیگری و – نتایج جلسه انتقال (مثلا برنامه ریزی برای هر گونه برآورد بیشتر، جلسه IEP از جمله تعیین کلاس، و غیره):</p>
			<p>4 – هنگامی که مشخص شد کودک شما به کجا منتقل خواهد شد، بدان گونه که مطلوب خانواده شماست به کودک و خانواده خود کمک کنید خود را برای تغییرات در حمایت ها و خدمات آماده سازند تا بدین وسیله بتوانید به سهولت از یک برنامه به برنامه دیگر بروید الف – کودک شما در _____ (تاریخ پیش بینی شده) به _____ منتقل خواهد شد. ب – به کودک و خانواده خود کمک کنید تا برای برنامه / محیط جدید تا تاریخ زیر آماده شوند:</p>
			<p>5 – مرخص کردن کودک شما از سیستم قسمت ج محل یا قبل از سومین سالگرد تولد او الف – فرم آگهی قبلی به والدین امضاء شده است <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر ب – اگر کودک در یک وضعیت غیر فعال است: فرم آگهی قبلی به والدین در (تاریخ) _____ ارسال شده است. فرم آگهی قبلی به والدین امضاء شده است <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر ج – تاریخ مرخص کردن / بستن پرونده _____</p>



نام کودک : _____
 تاریخ تولد: _____
 تاریخ IFSP: _____

VIII – موافقت نامه IFSP

موافقت والد برای فراهم آوردن خدمات مداخله ای قبل از موعد:

من یک کپی حقوق والدین تحت بخش ج IDEA (آگهی حقوق کودک و خانواده در شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا بخش ج سیستم مداخله قبل از موعد) و یک کپی "حقوق مربوط به سهم هزینه های خانواده" (برای IFSP سالانه) را همراه با این IFSP دریافت کرده ام. این حقوق و اطلاعات در باره سهم هزینه خانواده برای من شرح داده شده و من آنها را می فهمم. من در ایجاد این IFSP شرکت کردم و آگاهانه رضایت می دهم که ارائه دهندگان سیستم و خدمات شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا فعالیت (های) ذکر شده در این IFSP را به انجام برسانند.

رضایت بدین معنی است که من در رابطه با همه اطلاعات مربوط به فعالیت (هایی) که رضایت در مورد آن خواسته شده، به زبان بومی خود یا به یک صورت دیگر ارتباطی بطور کامل آگاه شده ام (مگر آنکه روشن است که ارائه این اطلاعات به زبان بومی من امکان پذیر نیست)؛ و نیز اینکه من فعالیت (هایی) که رضایت در مورد آن خواسته شده را درک می کنم و بطور کتبی با انجام آن موافقت می نمایم؛ این رضایت نامه آن فعالیت (ها) را بیان می کند؛ و سرانجام این موضوع که دادن رضایت من داوطلبانه بوده و در هر زمان می تواند بطور کتبی فسخ گردد.

من متوجه این موضوع هستم که می توانم از دریافت خدمت یا خدمات خودداری کنم بدون آنکه هیچکدام از خدمات مداخله قبل از موعد که کودک یا خانواده من از طریق سیستم شبکه نوزاد و کودک و نوپای ویرجینیا دریافت می دارند به خطر افتد.

من متوجه این موضوع هستم که IFSP من با سیستم محلی ارائه دهندگان خدمات شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا از جمله با ارائه دهندگان دست اندرکار ارزیابی و / یا ایجاد و / یا بکارگیری این IFSP در میان گذاشته خواهد شد.

امضاء (یکی را علامت بزنید): والد(ین) سرپرست قانونی والد جایگزین تاریخ: _____

سایر شرکت کنندگان IFSP (نام با حروف جدا از هم، مدارک یا صلاحیت های مربوطه، نقش / سازمان، امضاء، تاریخ):

اشخاص زیر از طریق کامپیوتر یا بصورت کتبی شرکت کردند. (مشخص کنید از چه طریق):

مترجم کتبی / حضوری (چنانچه از او استفاده شده):

مدارک مربوطه زیر ضمیمه است:

کپی به:

گواهی پزشک: من گواهی و تصویب می نمایم که خدمات ، بدان صورت که در IFSP بیان شده، از لحاظ پزشکی برای این کودک لازم است.

امضا اعتبار نامه ها تاریخ

نام کودک : _____
 تاریخ IFSP: _____ تاریخ تولد: _____

منظور از بررسی: بررسی 6 ماهه بنابه درخواست: _____ تاریخ بررسی: _____

خلاصه (دلیل منطقی هر تغییری که نتیجه این بررسی بوده را بنویسید):

تغییر(ات): _____ تاریخ آغاز در نظر گرفته شده برای تغییر: _____

موافقت والد

من یک کپی حقوق والدین تحت بخش ج IDEA (آگهی حقوق کودک و خانواده در شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا بخش ج سیستم مداخله قبل از موعد) و یک کپی این "سابقه بررسی IFSP" را دریافت کرده ام. این حقوق برای من شرح داده شده و من آنها را می فهمم. من در ایجاد این بررسی IFSP شرکت کردم و آگاهانه رضایت می دهم که ارائه دهندگان سیستم و خدمات شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا هر گونه تغییری که در این سابقه بررسی IFSP ذکر شده را به انجام برسانند.

رضایت بدین معنی است که من در رابطه با همه فعالیت (هایی) که رضایت در مورد آن خواسته شده، به زبان بومی خود یا به یک صورت دیگر ارتباطی بطور کامل آگاه شده ام (مگر آنکه روشن است که ارائه این اطلاعات به زبان بومی من امکان پذیر نیست)؛ و نیز اینکه من فعالیت (هایی) که رضایت در مورد آن خواسته شده را درک می کنم و بطور کتبی با انجام آن موافقت می نمایم؛ این رضایت نامه آن فعالیت (ها) را بیان می کند؛ و سرانجام این موضوع که دادن رضایت من داوطلبانه بوده و در هر زمان می تواند بطور کتبی فسخ گردد.

من متوجه این موضوع هستم که می توانم از دریافت خدمت یا خدمات خودداری کنم بدون آنکه هیچکدام از خدمات مداخله قبل از موعد که کودک یا خانواده من از طریق سیستم شبکه نوزاد و کودک و نوپای ویرجینیا دریافت می دارند به خطر افتد.

من متوجه این موضوع هستم که IFSP من با سیستم محلی ارائه دهندگان خدمات شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا از جمله با ارائه دهندگان دست اندرکار ارزیابی و / یا ایجاد و / یا بکارگیری این IFSP در میان گذاشته خواهد شد.

امضاء (یکی را علامت بزنید): والد(ین) سرپرست قانونی والد جایگزین تاریخ: _____

سایر شرکت کنندگان IFSP (نام با حروف جدا از هم، مدارک یا صلاحیت های مربوطه، نقش / سازمان، امضاء، تاریخ):

اشخاص زیر از طریق کامپیوتر یا بصورت کتبی شرکت کردند. (مشخص کنید از چه طریق):

امضا گواهی پزشک: من گواهی و تصویب می نمایم که خدمات ، بدان صورت که در IFSP بیان شده، از لحاظ پزشکی برای این کودک لازم است.
 اعتبار نامه ها تاریخ

نام کودک : _____
 تاریخ IFSP: _____ تاریخ تولد: _____

منظور از بررسی: بررسی سه ماهه TCM/IFSP تاریخ بررسی: _____

خلاصه (دلیل منطقی هر تغییری که نتیجه این بررسی بوده را بنویسید):
 وضعیت عمومی (شامل بهداشت و ایمنی):

پیشرفت یا عدم پیشرفت:

رضایت از خدمات:
 تغییر(ات):
 تاریخ آغاز در نظر گرفته شده برای تغییر:

موافقت والد

من یک کپی حقوق والدین تحت بخش ج IDEA (آگهی حقوق کودک و خانواده در شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا بخش ج سیستم مداخله قبل از موعد) و یک کپی این "سابقه بررسی IFSP" را دریافت کرده ام. این حقوق برای من شرح داده شده و من آنها را می فهمم. من در ایجاد این بررسی IFSP شرکت کردم و آگاهانه رضایت می دهم که ارائه دهندگان سیستم و خدمات شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا هر گونه تغییری که در این سابقه بررسی IFSP ذکر شده را به انجام برسانند.

رضایت بدین معنی است که من در رابطه با همه فعالیت (هایی) که رضایت در مورد آن خواسته شده، به زبان بومی خود یا به یک صورت دیگر ارتباطی بطور کامل آگاه شده ام (مگر آنکه روشن است که ارائه این اطلاعات به زبان بومی من امکان پذیر نیست)؛ و نیز اینکه من فعالیت (هایی) که رضایت در مورد آن خواسته شده را درک می کنم و بطور کتبی با انجام آن موافقت می نمایم؛ این رضایت نامه آن فعالیت (ها) را بیان می کند؛ و سرانجام این موضوع که دادن رضایت من داوطلبانه بوده و در هر زمان می تواند بطور کتبی فسخ گردد.

من متوجه این موضوع هستم که می توانم از دریافت خدمت یا خدمات خودداری کنم بدون آنکه هیچکدام از خدمات مداخله قبل از موعد که کودک یا خانواده من از طریق سیستم شبکه نوزاد و کودک و نوپای ویرجینیا دریافت می دارند به خطر افتد.

من متوجه این موضوع هستم که IFSP من با ارائه دهندگان محلی خدمات شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا از جمله با ارائه دهندگان دست اندرکار ارزیابی و/ یا در ایجاد و/ یا به کار گیری این IFSP در میان گذاشته خواهد شد.

امضاء (یکی را علامت بزنید): والد(ین) سرپرست قانونی والد جایگزین تاریخ: _____

سایر شرکت کنندگان IFSP (نام با حروف جدا از هم، مدارک یا صلاحیت های مربوطه، نقش / سازمان، امضاء، تاریخ):

اشخاص زیر از طریق کامپیوتر یا بصورت کتبی شرکت کردند. (مشخص کنید از چه طریق):



شبكة نوزاد و
 نام کودک : _____
 2000 نوپای ویرجینیا
 تاریخ IFSP: _____ تاریخ تولد: _____
 (برای جزئیات خدمات به شماره مربوطه در صفحه شش IFSP مراجعه کنید)
 ضمیمه

#	خدمات	هماهنگ کننده خدمات (نام، سازمان، آدرس، شماره تلفن)	در حال انجام؟
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

این فرصت به من داده شد که از بین ادارات ارائه دهنده آن اداراتی را که در منطقه سیستم محلی من کار می کنند و در شبکه پرداخت کننده من هستند انتخاب کنم. من در هر زمان می توانم با تماس با هماهنگ کننده خدمات خود تقاضا کنم که ارائه دهندگان خدمات تغییر یابند.

تاریخ

امضا (هاي) (بكي را علامت بزنيډ): والد(ين) سرپرست قانوني والد جايگزين

تاریخ

امضا (هاي) (بكي را علامت بزنيډ): والد(ين) سرپرست قانوني والد جايگزين

تاریخ

امضا (هاي) (بكي را علامت بزنيډ): والد(ين) سرپرست قانوني والد جايگزين

