

Tên của Đứa Trẻ:

Ngày Lập Bản IFSP:

Ngày
Tháng
Năm
Sinh:

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi



Connection of Virginia

Trang 2

IIc. Thẩm Định về Giao Tiếp (Bắt buộc để Quản Lý Hồ Sơ Mục Tiêu của Medicaid)

Nhà ở và sinh hoạt hàng ngày (trong đó bao gồm cả các nhu cầu/thông tin về gia cư):

Các vấn đề pháp lý và quyền giám hộ:

Vui chơi giải trí:

Giáo dục và hướng nghiệp:

Các mối quan hệ và trợ giúp xã hội:

Các vấn đề về sức khỏe thể chất/tâm thần, an toàn và hành vi (trong đó bao gồm các hành vi hư hỏng, nhu cầu y tế, thuốc men, và các nhu cầu dinh dưỡng):

Tên của Đứa Trẻ:

Ngày Lập Bản IFSP:

Ngày
Tháng
Năm
Sinh:

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi



Connection of Virginia

Trang 2

IIc. Thẩm Định về Giao Tiếp (Bắt buộc để Quản Lý Hồ Sơ Mục Tiêu của Medicaid) tiếp theo

Nguồn tài chính, bảo hiểm, phương tiện chuyên chở và các nguồn khác (trong đó bao gồm các nguồn lợi tức đứng tên đứa trẻ):

Các ưu điểm, các sở thích và nguyện vọng cá nhân:

Tóm lược về các dịch vụ trước đây đã hoặc không thành công:

Trao quyền/bênh vực quyền lợi/tự nguyện:

Các trở ngại về giao tiếp:

Tên của Đứa Trẻ: _____

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi 

Ngày Lập **Ngày**
Bản IFSP: _____ **Tháng**
Năm
Sinh: _____

Connection of Virginia

Trang 4

Lãnh Vực Phát Triển	Bản Trình Bày về Mức Độ Phát Triển Hiện Tại của Đứa Trẻ <i>(Phải ghi các phạm vi hoặc mức độ phát triển theo độ tuổi)</i>	Các Phương Pháp/Các Biện Pháp Được Sử Dụng	Ngày Thẩm Định Tuổi Tính Theo Thời Gian Tuổi Được Điều Chỉnh	Thẩm Định Viên Tên Viết Tắt
Nhận Thức <i>(Tư duy và tiếp thu)</i>		<input type="checkbox"/> Quan Sát <input type="checkbox"/> Báo Cáo của Phụ Huynh	Ngày: _____ CA: _____ AA: _____	
Giao Tiếp Biểu Hiện <i>(Tạo ra âm thanh, cử chỉ và lời nói)</i>		<input type="checkbox"/> Quan Sát <input type="checkbox"/> Báo Cáo của Phụ Huynh	Ngày: _____ CA: _____ AA: _____	
Giao Tiếp Tiếp Nhận <i>(Hiểu âm thanh, từ ngữ và cử chỉ)</i>		<input type="checkbox"/> Quan Sát <input type="checkbox"/> Báo Cáo của Phụ Huynh	Ngày: _____ CA: _____ AA: _____	
Vận động bằng cơ lớn <i>(Di chuyển và sử dụng các cơ lớn)</i>		<input type="checkbox"/> Quan Sát <input type="checkbox"/> Báo Cáo của Phụ Huynh	Ngày: _____ CA: _____ AA: _____	
Vận động chi tiết <i>(Sử dụng bàn tay và ngón tay)</i>		<input type="checkbox"/> Quan Sát <input type="checkbox"/> Báo Cáo của Phụ Huynh	Ngày: _____ CA: _____ AA: _____	
Giao Tiếp/Cảm Xúc <i>(Giao tiếp với những người khác)</i>		<input type="checkbox"/> Quan Sát <input type="checkbox"/> Báo Cáo của Phụ Huynh	Ngày: _____ CA: _____ AA: _____	
Thích nghi <i>(Cho ăn/ăn, mặc quần áo, và ngủ)</i>		<input type="checkbox"/> Quan Sát <input type="checkbox"/> Báo Cáo của Phụ Huynh	Ngày: _____ CA: _____ AA: _____	
Thị Lực	Kết quả: <input type="checkbox"/> Không cần để giới thiệu như đã định <input type="checkbox"/> Theo dõi <input type="checkbox"/> Giới thiệu Tình trạng (thông tin cụ thể về mắt bất kỳ lúc nào có thể được):	<input type="checkbox"/> Công cụ Khám Kiểm Tra Thị Lực theo Luật Phần C của Tiểu Bang Virginia (Bắt buộc vào lần thẩm định đầu tiên) Các phương pháp khác được áp dụng:	Ngày: _____ CA: _____ AA: _____	
Thính Giác	Kết quả: <input type="checkbox"/> Không cần để giới thiệu như đã định <input type="checkbox"/> Theo dõi <input type="checkbox"/> Giới thiệu Tình trạng (thông tin cụ thể về tai bất kỳ lúc nào có thể được):	<input type="checkbox"/> Công cụ Khám Kiểm Tra Thính Giác theo Luật Phần C của Tiểu Bang Virginia (Bắt buộc vào lần thẩm định đầu tiên) Các phương pháp khác được áp dụng:	Ngày: _____ CA: _____ AA: _____	

Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện nhận Các Dịch Vụ theo Đạo Luật Phần C

Kết quả đánh giá và thẩm định theo Đạo Luật Phần C dựa trên ý kiến y khoa sau khi đã biết thông tin theo nhiều phương pháp nói trên. Con quý vị hội đủ điều kiện nhận Các Dịch Vụ theo Đạo Luật Phần C bởi vì em có (đánh dấu vào một hoặc nhiều phần dưới đây):

- Chậm phát triển ở mức 25% trong một hoặc nhiều lãnh vực sau đây** (đánh dấu vào tất cả các ô áp dụng):
- Nhận thức Thể chất: (trong đó bao gồm cả vận động chi tiết và vận động cơ lớn)
 - Giao tiếp hoặc cảm xúc Thích nghi Giao tiếp (trong đó bao gồm cả ngôn ngữ biểu hiện và thụ nhận)
- Phát triển bất thường trong các lãnh vực sau đây** (đánh dấu vào tất cả các ô áp dụng):
- Giác quan-vận động Hành vi Giao tiếp-cảm xúc Giao tiếp và hành vi
- Tình bày (không bắt buộc):
- Một căn bệnh được chẩn đoán có thể gây chậm phát triển** (cho biết tên):
- Con quý vị không hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ Phần C bởi vì em không đáp ứng được các tiêu chuẩn ở trên. (Mẫu điền này chỉ dành để lưu hồ sơ thẩm định).

Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện Nhận Dịch Vụ Quản Lý Hồ Sơ Trọng Tâm của Medicaid

- Con quý vị hội đủ điều kiện nhận dịch vụ Quản Lý Hồ Sơ Trọng Tâm bởi vì em có (đánh dấu vào một hoặc nhiều ô):
- chậm phát triển về nhận thức và thích nghi (đối với các kỹ năng thích nghi TCM, bao gồm kỹ năng giao tiếp, tự chăm sóc, sinh hoạt trong gia đình, các kỹ năng giao tiếp, sử dụng cơ sở vật chất của cộng đồng, tự quyết, sức khỏe và an toàn, việc học hành, giải trí)
 - một căn bệnh được chẩn đoán và hội đủ điều kiện
- Con quý vị không hội đủ điều kiện nhận dịch vụ Quản Lý Hồ Sơ Trọng Tâm

Tên của Đứa

Trẻ:

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi

Connection of Virginia



Ngày Lập

Bản IFSP:

Ngày

Tháng

Năm

Sinh:

Trang 6

V. Các Dịch Vụ Cần Thiết để Đạt Kết Quả Can Thiệp Sớm

CÁC DỊCH VỤ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC HƯỞNG	MỨC ĐỘ THƯỜNG XUYẾN (# x/tuần/tháng/một lần)	MỨC ĐỘ (# phút/buổi)	NHÓM (G) / CẢ NHÂN (I)	PHƯƠNG PHÁP** (a, b, c, d)	ĐỊA ĐIỂM / MÔI TRƯỜNG TỰ NHIÊN (Phải là môi trường tự nhiên trừ khi có ghi rõ trong phần dưới)	TRẢ TIỀN	NGÀY DỰ KIẾN BẮT ĐẦU	NGÀY DỰ KIẾN KẾT THÚC	NGÀY THỰC SỰ KẾT THÚC
						1. Lệ Phí Gia Đình 2. Bảo Hiểm 3. Medicaid, 4. Trợ Cấp Tiểu Bang 5. Trợ Cấp Địa Phương 6. Phần C			
1. Điều Phối Dịch Vụ	*	*		Điều phối dịch vụ					
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

* Đây là mức độ thường xuyên và cường độ tiếp xúc trực tiếp tối thiểu của điều phối viên dịch vụ. Mức độ thường xuyên và mức độ phối hợp dịch vụ được cung cấp trong thực tế sẽ khác nhau vì điều phối dịch vụ là một quy trình thường xuyên và linh hoạt, thay đổi tùy thuộc vào các vấn đề ưu tiên và nhu cầu của gia đình quý vị.

** Các phương pháp: a = Chỉ dẫn, với thực hành khi thích hợp b = Cố vấn c = Đánh giá thẩm định
d = Cung cấp máy móc kỹ thuật trợ giúp

Giải thích lý do tại sao không đạt được kết quả can thiệp sớm một cách thỏa đáng trong môi trường tự nhiên và cần phải có một kế hoạch với các thời hạn và biện pháp trợ giúp cần thiết để đưa các dịch vụ can thiệp sớm trở lại môi trường tự nhiên:

Lý do ngày dự kiến bắt đầu bị dời lại - Đối với mỗi dịch vụ dự định sẽ bắt đầu hơn 21 ngày tính theo lịch sau khi gia đình ký bản IFSP, xin cho biết lý do là do ưu tiên sắp xếp ngày, giờ của gia đình, do nhóm chọn một ngày bắt đầu trễ hơn để đáp ứng nhu cầu của gia đình và đứa trẻ, hay lý do khác:

VI. Các Dịch Vụ Khác (Các dịch vụ cần thiết, nhưng không được hưởng theo Luật Phần C - trong đó bao gồm các dịch vụ y tế như khám sức khỏe cho trẻ em khỏe mạnh, liên lạc tiếp với bác sĩ chuyên khoa vì các mục đích y khoa v.v...)

ĐIỀU PHỐI	NHÀ CUNG CẤP	ĐỊA ĐIỂM	CÁC BƯỚC CẦN ÁP DỤNG ĐỂ GIÚP CÓ ĐƯỢC DỊCH VỤ

Tên của Đứa

Trẻ:

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi

Connection of Virginia



Ngày Lập

Bản IFSP:

Ngày

Tháng

Năm

Sinh:

Trang 7

VII. Lập Kế Hoạch Chuyển Tiếp

Thông tin sau đây về việc chuyển tiếp được bàn thảo bắt đầu từ bản IFSP đầu tiên:

- Việc chuyển tiếp sẽ xảy ra khi con quý vị rời chương trình can thiệp trợ giúp trẻ nhỏ. Việc lập kế hoạch trong trang này sẽ giúp quý vị và con quý vị chuyển tiếp suôn sẻ từ chương trình can thiệp sớm sang bước kế tiếp cho con quý vị.
- Các lựa chọn sau khi rời chương trình can thiệp sớm (ví dụ: các chương trình trong cộng đồng như các trường mầm non trong khu phố, Head Start, chương trình giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ qua các trường công lập).
- Thời điểm chuyển tiếp
 - Khi con quý vị đạt mức phát triển thích hợp với độ tuổi trong tất cả các lĩnh vực và không hội đủ các tiêu chuẩn điều kiện khác để nhận dịch vụ can thiệp sớm
 - Khi con quý vị tròn ba tuổi, có nghĩa là em ngừng hội đủ điều kiện nhận dịch vụ can thiệp sớm
 - Khi và nếu con quý vị bắt đầu hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ qua các trường công lập (từ 2 tới 3 tuổi), nếu quý vị muốn nhận các dịch vụ này. Trẻ em không được tham gia chương trình can thiệp sớm và chương trình giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ qua các trường công lập cùng một lúc.

Thông tin này do _____ (tên viết tắt của điều phối viên dịch vụ) bàn thảo ngày _____ (ngày)

Các Ngày Quan Trọng để Lập Kế Hoạch Chuyển Tiếp:

_____ - ngày mục tiêu để giới thiệu đi xác định tình trạng hội đủ điều kiện nếu quý vị muốn nhận các dịch vụ giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ qua hệ thống học đường địa phương (phải giới thiệu trước ngày 1 tháng Tư của năm mà con quý vị tròn 2 tuổi trước ngày 30 tháng Chín, nếu quý vị muốn con mình bắt đầu đi học vào ngày đầu tiên của năm học kế tiếp).

_____ (ngày đứa trẻ tròn 3^{tuổi}) - ngày mà con quý vị không còn hội đủ điều kiện nhận dịch vụ can thiệp sớm

Thông Báo cho Phân Ban Học Đường Địa Phương:

Tên, địa chỉ, số điện thoại và ngày tháng năm sinh của con chúng tôi sẽ được gửi cho _____ (phân ban học đường) trẻ nhất là ngày _____ (ngày), trừ khi chúng tôi không đồng ý. Việc gửi thông tin này sẽ giúp phân ban học đường biết những cư dân cộng đồng nào hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ giáo dục đặc biệt. Đây không phải là thư giới thiệu cho các dịch vụ đó và không có nghĩa là quý vị quan tâm tới các dịch vụ đó.

Tôi không muốn gửi tên, địa chỉ, số điện thoại và ngày tháng năm sinh của con tôi cho phân ban học đường địa phương.

_____ (tên viết tắt của phụ huynh/ngày)

Tôi đã thay đổi ý định và đồng ý cho gửi thông tin này cho phân ban học đường địa phương.

_____ (tên viết tắt của phụ huynh/ngày)

Ngày Gửi Thông Báo: _____

Các Yêu Cầu Lập Kế Hoạch Chuyển Tiếp

Các hoạt động chuyển tiếp đã thực hiện sẽ tùy thuộc vào kế hoạch chuyển tiếp và các vấn đề ưu tiên của gia đình quý vị.

Các Bước Chuyển Tiếp/Các Hoạt Động	Ngày Mục Tiêu	Ngày Hoàn Thành	Tên Viết Tắt của Người Hoàn Thành
Dựa trên các vấn đề ưu tiên của gia đình và kế hoạch chuyển tiếp của quý vị, điều phối viên dịch vụ sẽ:			
1. Giúp gia đình quý vị tìm hiểu các lựa chọn về chương trình trong cộng đồng, trong đó có thể bao gồm các dịch vụ giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ, cho con quý vị <ul style="list-style-type: none">a. Cung cấp thông tin (bao gồm cả địa chỉ liên lạc của chương trình) về các lựa chọn trong cộng đồng sau khi can thiệp sớm, theo nguyện vọng của gia đình quý vị. Thông tin được cung cấp về các chương trình sau đây:b. Thu xếp các buổi tới các chương trình, theo nguyện vọng của gia đình quý vị. Các chương trình tới thăm:c. Cho biết tên của các gia đình khác (được họ cho phép), là những người đã chuyển tiếp tới các chương trình gia đình quý vị đang cân nhắc, theo nguyện vọng của gia đình quý vị.d. Các bước/hoạt động khác:			

Tên của Đứa

Trẻ:

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi

Connection of Virginia



Ngày Lập

Bản IFSP:

Ngày

Tháng

Năm

Sinh:

Trang 7

<p align="center">Các Bước Chuyển Tiếp/Các Hoạt Động</p> <p>Dựa trên các vấn đề ưu tiên của gia đình và kế hoạch chuyển tiếp của quý vị, điều phối viên dịch vụ sẽ:</p>	Ngày Mục Tiêu	Ngày Hoàn Thành	Tên Viết Tắt của Người Hoàn Thành
<p>2. Khi được quý vị cho phép, chương trình sẽ giới thiệu tới phân ban học đường địa phương hoặc các chương trình khác theo nguyện vọng</p> <p>a. Có được chấp thuận của phụ huynh trong mẫu tiết lộ thông tin vào ngày _____ (ngày)</p> <p>b. Khi phụ huynh đồng ý trong mẫu chấp thuận cho tiết lộ thông tin, chương trình sẽ giới thiệu con quý vị và gửi thông tin cụ thể liên quan tới đứa trẻ cho chương trình hoặc nhà cung cấp dịch vụ tương lai (ví dụ như các báo cáo thẩm định, IFSP v.v.). Ghi các thông tin được gửi đi:</p> <p>c. Thư giới thiệu được gửi cho _____ (chương trình) vào _____ (ngày)</p> <p>d. Các bước/hoạt động khác:</p>			
<p>3. Nếu gia đình quý vị muốn chuyển sang nhận các chương trình dịch vụ giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ, hãy tổ chức cuộc họp về vấn đề chuyển tiếp trong vòng 90 ngày giữa quý vị, điều phối viên dịch vụ, và người của chương trình mới để lập kế hoạch chuyển tiếp.</p> <p>a. <i>Mẫu Thông Báo Trước</i> cho phụ huynh được cung cấp vào ngày _____ (ngày)</p> <p>b. Phụ huynh <input type="checkbox"/> chấp thuận/ <input type="checkbox"/> không chấp thuận cuộc họp như xác nhận của người sau đây: <input type="checkbox"/> _____ (chữ ký của phụ huynh); _____ (ngày)</p> <p align="center">HOẠC</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Giấy Chấp Thuận Có Chữ Ký của Phụ Huynh đối với Cuộc Họp Lập Kế Hoạch Chuyển Tiếp</i> trong hồ sơ của đứa trẻ</p> <p>c. Điều phối viên dịch vụ bảo đảm sắp xếp ngày, giờ và địa điểm họp và bảo đảm các bên có nghĩa vụ phải tham gia bằng cách (đánh dấu vào một ô): <input type="checkbox"/> Trực tiếp mời những người tham gia và thu xếp thời gian và địa điểm cho buổi gặp <input type="checkbox"/> Làm việc với phân ban học đường để tổ chức cuộc họp như một thủ tục xác định tình trạng hội đủ điều kiện</p> <p>d. Buổi bàn thảo về vấn đề chuyển tiếp được tổ chức vào ngày _____ (ngày)</p> <p>e. Những người sau đây đã tham gia: <input type="checkbox"/> (Cha mẹ - bắt buộc), <input type="checkbox"/> (chương trình can thiệp sớm - bắt buộc), <input type="checkbox"/> (phân ban học đường - bắt buộc), <input type="checkbox"/> (người khác) <input type="checkbox"/> (người khác)</p> <p>f. Kết quả của cuộc gặp bàn thảo về vấn đề chuyển tiếp (ví dụ như lập kế hoạch thẩm định thêm, buổi họp IEP, trong đó bao gồm cả việc quyết định nơi học v.v...):</p>			
<p>4. Sau khi đã xác định nơi chuyển tiếp cho con quý vị, hãy giúp gia đình và con quý vị chuẩn bị sẵn sàng để thích nghi (theo nguyện vọng của gia đình quý vị) với các thay đổi về biện pháp trợ giúp và dịch vụ để quý vị có thể chuyển tiếp suôn sẻ từ chương trình này sang chương trình khác</p> <p>a. Con quý vị sẽ chuyển sang _____ vào ngày _____ (ngày dự kiến)</p> <p>b. Giúp con quý vị và gia đình chuẩn bị sẵn sàng cho chương trình/nơi học mới bằng cách:</p>			
<p>5. Loại con quý vị ra khỏi hệ thống địa phương Phần C trước khi em tròn 3 tuổi</p> <p>a. Có ký <i>mẫu Thông Báo Trước cho Phụ Huynh</i> không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>b. Nếu đứa trẻ thuộc diện không có hoạt động hiện tại: <i>mẫu Thông Báo Trước cho Phụ Huynh</i> được gửi vào ngày _____ (ngày) <i>Có ký mẫu Thông Báo Trước cho Phụ Huynh</i> không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>c. Ngày đuổi học/đóng cửa _____</p>			

Tên của Đứa Trẻ:

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi
Connection of Virginia



Ngày Lập Bản IFSP:

Ngày
Tháng
Năm
Sinh:

Trang 8

VIII. THỎA THUẬN IFSP

Chấp Thuận Nhận Cung Cấp Các Dịch Vụ Can Thiệp Sớm của Phụ Huynh:

Tôi đã nhận được một bản sao về các quyền của gia đình theo Phần C của Đạo Luật IDEA (*Thông Báo về Các Quyền của Trẻ Em và Gia Đình trong Hệ Thống Can Thiệp Sớm theo Đạo Luật Phần C của Infant & Toddler Connection of Virginia*) và một bản sao "Dữ Kiện Thực Tế về Các Khoản Lệ Phí của Gia Đình" (dành cho bản kế hoạch IFSP hàng năm) cùng với bản IFSP này. Tôi đã được giải thích về các quyền và thông tin về các khoản lệ phí của gia đình và tôi hiểu các thông tin đó. Tôi đã tham gia lập bản IFSP này và sau khi biết thông tin, tôi đã đồng ý cho hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia và các nhà cung cấp dịch vụ tiến hành (các) hoạt động ghi trong bản IFSP này.

Chấp thuận có nghĩa là tôi đã được thông báo đầy đủ về mọi thông tin liên quan tới các hoạt động cần có chấp thuận đó, bằng tiếng mẹ đẻ của tôi (trừ khi rõ ràng là không thể làm được như vậy) hoặc phương thức giao tiếp khác; tôi hiểu và có văn bản đồng ý cho tiến hành (các) hoạt động cần có chấp thuận này; giấy chấp thuận này mô tả (các) hoạt động đó, và quyết định chấp thuận của tôi là tự nguyện, và tôi có thể hủy bỏ bằng văn bản vào bất cứ lúc nào.

Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối một hoặc nhiều dịch vụ mà không làm phương hại tới (các) dịch vụ can thiệp sớm nào mà con tôi hoặc gia đình tôi nhận được qua hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia.

Tôi hiểu rằng IFSP của tôi sẽ được tiết lộ giữa các nhà cung cấp dịch vụ của Infant & Toddler Connection of Virginia đang áp dụng chương trình IFSP.

Chữ ký của (đánh dấu vào một ô): Phụ Huynh Người Giám Hộ Hợp Pháp Đại Diện Phụ Huynh

Ngày

Những Người Khác Tham Gia IFSP (Tên viết bằng chữ in, văn bằng chứng chỉ, chức vụ/tổ chức, chữ ký, ngày):

Các cá nhân sau đây đã tham gia diễn đàn thăm dò ý kiến trên mạng điện tử hoặc bằng văn bản (ghi rõ loại nào):

Thông Dịch Viên (nếu áp dụng):

Các tài liệu liên quan sau đây được gửi kèm theo:

Các bản sao cho:

Tên của Đứa

Trẻ:

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi

Connection of Virginia



Ngày Lập

Bản IFSP:

Ngày

Tháng

Năm

Sinh:

Trang 9

IX. Hồ Sơ Duyệt Xét IFSP

Mục Đích Duyệt Xét: Duyệt Xét 6 tháng

Sau Khi Có Yêu Cầu của:

Ngày Duyệt Xét: _____

Bản Tóm Lược (Cho biết lý do dẫn tới bất kỳ thay đổi nào do duyệt xét này):

(Các) thay đổi:

Ngày dự kiến bắt đầu thay đổi:

Chấp Thuận của Phụ Huynh

Tôi đã nhận được một bản sao về các quyền của gia đình theo Phần C Đạo Luật IDEA (*Thông Báo về Các Quyền của Trẻ Em và Gia Đình trong Hệ Thống Can Thiệp Sớm Phần C của Infant & Toddler Connection of Virginia*) cùng với Hồ Sơ Duyệt Xét IFSP này. Tôi đã được giải thích và hiểu rõ về các quyền này. Tôi đã tham gia lập Hồ Sơ Duyệt Xét IFSP này và sau khi biết thông tin, tôi đã đồng ý cho hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia và các nhà cung cấp dịch vụ tiến hành (các) hoạt động ghi trong Hồ Sơ Duyệt Xét IFSP này.

Chấp thuận có nghĩa là tôi đã được thông báo đầy đủ về mọi thông tin liên quan tới các hoạt động cần có chấp thuận đó, bằng tiếng mẹ đẻ của tôi (trừ khi rõ ràng là không thể làm được như vậy) hoặc phương thức giao tiếp khác; tôi hiểu và có văn bản đồng ý cho tiến hành (các) hoạt động cần có chấp thuận này; giấy chấp thuận này mô tả (các) hoạt động đó, và quyết định chấp thuận của tôi là tự nguyện, và tôi có thể hủy bỏ bằng văn bản vào bất cứ lúc nào.

Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối một hoặc nhiều dịch vụ mà không làm phương hại tới (các) dịch vụ can thiệp sớm nào mà con tôi hoặc gia đình tôi nhận được qua hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia.

Tôi hiểu rằng IFSP của tôi sẽ được tiết lộ giữa các nhà cung cấp dịch vụ của Infant & Toddler Connection of Virginia đang áp dụng chương trình IFSP.

Chữ ký của (đánh dấu vào một ô): Phụ Huynh Người Giám Hộ Hợp Pháp Đại Diện Phụ Huynh

Ngày

Những Người Khác Tham Gia IFSP (Tên viết bằng chữ in, văn bằng chứng chỉ, chức vụ/tổ chức, chữ ký, ngày):

Những người sau đây tham gia qua mạng điện tử hoặc bằng văn bản (ghi rõ phương thức nào):

Tên của Đứa

Trẻ:

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi

Connection of Virginia



Ngày Lập

Bản IFSP:

Ngày

Tháng

Năm

Sinh:

Trang 9 TCM

IX. Hồ Sơ Duyệt Xét IFSP

Mục Đích Duyệt Xét: Duyệt Xét TCM/IFSP Theo Tam Cá Nguyên

Ngày Duyệt Xét: _____

Bản Tóm Lược (Cho biết lý do dẫn tới bất kỳ thay đổi nào do duyệt xét này):

Tình Trạng Tổng Quát (kể cả sức khỏe và sự an toàn):

Các sự kiện quan trọng:

Tiến triển hoặc không có tiến triển:

Sự hài lòng về các dịch vụ:

(Các) thay đổi:

Ngày dự kiến bắt đầu thay đổi:

Chấp Thuận của Phụ Huynh

Tôi đã nhận được một bản sao về các quyền của gia đình theo Phần C Đạo Luật IDEA (*Thông Báo về Các Quyền của Trẻ Em và Gia Đình trong Hệ Thống Can Thiệp Sớm Phần C của Infant & Toddler Connection of Virginia*) cùng với Hồ Sơ Duyệt Xét IFSP này. Tôi đã được giải thích và hiểu rõ về các quyền này. Tôi đã tham gia lập Hồ Sơ Duyệt Xét IFSP này và sau khi biết thông tin, tôi đã đồng ý cho hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia và các nhà cung cấp dịch vụ tiến hành (các) hoạt động ghi trong Hồ Sơ Duyệt Xét IFSP này.

Chấp thuận có nghĩa là tôi đã được thông báo đầy đủ về mọi thông tin liên quan tới các hoạt động cần có chấp thuận đó, bằng tiếng mẹ đẻ của tôi (trừ khi rõ ràng là không thể làm được như vậy) hoặc phương thức giao tiếp khác; tôi hiểu và có văn bản đồng ý cho tiến hành (các) hoạt động cần có chấp thuận này; giấy chấp thuận này mô tả (các) hoạt động đó, và quyết định chấp thuận của tôi là tự nguyện, và tôi có thể hủy bỏ bằng văn bản vào bất cứ lúc nào.

Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối một hoặc nhiều dịch vụ mà không làm phương hại tới (các) dịch vụ can thiệp sớm nào mà con tôi hoặc gia đình tôi nhận được qua hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia.

Tôi hiểu rằng IFSP của tôi sẽ được tiết lộ giữa các nhà cung cấp dịch vụ của Infant & Toddler Connection of Virginia đang áp dụng chương trình IFSP.

Chữ ký của (đánh dấu vào một ô): Phụ Huynh Người Giám Hộ Hợp Pháp Đại Diện Phụ Huynh

Ngày

Những Người Khác Tham Gia IFSP (Tên viết bằng chữ in, văn bằng chứng chỉ, chức vụ/tổ chức, chữ ký, ngày):

Những người sau đây tham gia qua mạng điện tử hoặc bằng văn bản (ghi rõ phương thức nào):

Tên của Đứa

Trẻ: _____

Ngày Lập

Bản IFSP: _____

Ngày

Tháng

Năm

Sinh: _____

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi

Connection of Virginia



Phụ Lục

(Xem số tương ứng ở trang 6 của IFSP để biết chi tiết các dịch vụ)

#	Điều phối	NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ (Tên, cơ quan, địa chỉ, số điện thoại)	Hiện tại?
1	Điều Phối Dịch Vụ		<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
2			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
3			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
4			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
5			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
6			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
7			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
8			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K