

El-01 Formu

Bugünün tarihi	Çocuğun adı doğum tarihi	Çocuğun	ETID numarası
----------------	-----------------------------	---------	---------------

Gelişimsel Tarama İçin Ön Yazılı Bildirim ve Onay

Gelişimsel tarama, çocuğunuzda herhangi bir gelişimsel gecikme olup olmadığını tespit etmek için uygulanır. Tarama, ebeveyn olarak sizden ve sizin belirlediğiniz kişilerden bilgi alınmasını, çocuğun gözlemlenmesini ve tüm gelişim alanlarını kapsayan bir tarama aracının kullanılmasını içerir. Bu tarama, çocuğunuzun gözlemlenmesini de içerebilir. Tarama sonucundan bağımsız olarak, istediğiniz zaman bir gelişimsel değerlendirme talep edebilirsiniz. Yazılı bildirim, taramadan en az 10 takvim günü önce tarafınıza iletilmelidir.

Hizmet Koordinatörüm, beni gelişimsel taramaya yönelik tüm konularda bilgilendirdi ve onay verme dahil olmak üzere ebeveynlik haklarımı açıkladı. Ohio EI Ebeveyn Hakları broşürünün (ohioearlyintervention.org/printed-materials) bir kopyasına sahibim. Herhangi bir EI şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum. Çocuğum için gelişimsel tarama yapılmasını kabul ediyorum ve onaylıyorum. Onayımın gönüllü olduğunu ve herhangi bir zamanda geri çekilebileceğini anlıyorum.

Süre Sınırından Feragat (isteğe bağlı)

Önerilen işlemden önceki 10 takvim günü içerisinde yazılı bildirim alma hakkım olduğunu anlıyor ve bu haktan feragat ettiğimi kabul ediyorum.

Ebeveyn baş harfleri

Tarih

Ebeveyn adı

Ebeveyn imzası

Tarih



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

El-02 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı

Çocuğun doğum tarihi

ETID numarası

Gelişimsel Değerlendirme ve Durum Tespiti için Ön Yazılı Bildirim ve Onay

Gelişimsel **değerlendirme**, onaylanmış bir nitelikli tıbbi durum olmadığı durumlarda, çocuğunuzun uygunluğunu belirlemek amacıyla bir veya daha fazla profesyonelden oluşan bir erken müdahale (EI) ekibi tarafından gerçekleştirilir.

Genellikle **aynı zamanda** gerçekleştirilen durum tespiti, çocuğunuzun ailenin gündelik rutinlerine ve etkinliklerine katılımını anlamayı amaçlar. Değerlendirme ve durum tespiti şunları içerir:

- Aktarımını kabul ettiğiniz tıbbi kayıtlar da dahil olmak üzere ilgili kayıtların incelenmesi
- Çocuğunuzun gözlemlenmesi
- Çocuğunuzun gelişimi hakkında, günlük rutinler ve faaliyetler içindeki katılımını da içeren sizden gelen bilgiler
- Çocuğunuzun iletişim, uyumluluk/kişisel bakım, sosyal/duygusal ilişkiler, bilişsel/düşünsel/problem çözme becerisi, motor/hareket becerisi, görme ve duyma yetisi bakımından ortaya koyduğu gelişime yönelik bilgiler sağlayan değerlendirme ve durum tespiti araçlarının kullanımı

Aileye yönelik değerlendirme sırasında, çocuğunuzu günlük faaliyetlerinize başarılı bir şekilde dahil etme konusunda **endişelerinizi** ve **önceliklerinizi** paylaşırsınız. Çocuğunuzun gelişimini desteklemenize yardımcı olmak için sahip olduğunuz veya ihtiyaç duyabileceğiniz potansiyel **kaynaklarını** tartışacaksınız.

Çocuğunuzun uygun olduğu tespit edilirse, çocuğunuzun değerlendirme ve durum tespiti bilgilerinden ve aile yönlendirmeli değerlendirmeden elde edilen veriler kullanılarak Bireyselleştirilmiş Aile Hizmet Planı (IFSP) geliştirilir ve sizi ve çocuğunuzu desteklemek için hangi EI hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu belirlenir. Yazılı bildirim, taramadan en az 10 takvim günü önce tarafınıza iletilmelidir.

Sunduğumuz öneriler (uygulanabilir olanları işaretleyin):

- ☐ Gelişimsel değerlendirme **gerçekleştirerek çocuğunuzun EI için uygunluğunu belirleyin**
- ☐ Gelişimsel durum değerlendirmesi **ile çocuğunuzun güçlü yanlarını ve ihtiyaçlarını belirleyin**
- ☐ Çocuğunuzun gelişimini desteklemekle ilgili endişelerinizi, önceliklerinizi ve kaynaklarınızı bir **aileye yönelik değerlendirme aracılığıyla belirleyin**

Süre Sınırından Feragat (isteğe bağlı)

Önerilen faaliyetten 10 takvim günü önce yazılı bildirim alma hakkımdan feragat ettiğimi anlıyorum ve kabul ediyorum.

Ebeveyn baş harfleri

Tarih

Hizmet koordinatörüm, beni aile tarafından yönlendirilen durum tespiti için ilgili tüm konular hakkında bilgilendirdi ve onay verme işlemi de dahil olmak üzere tüm ebeveyn haklarımı açıkladı. Ohio EI Ebeveyn Hakları broşürünün (ohioearlyintervention.org/printed-materials) bir kopyasına sahibim. Herhangi bir EI şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum. Çocuğumun EI sisteminde hizmet alabilmesi için uygunluğunun belirlenmesi ve çocuğumun değerlendirilmesinin tamamlanması gerektiğini anlıyorum. Ayrıca, aileye yönelik değerlendirme hakkındaki kararımın çocuğumun EI hizmetleri almaya uygunluğunu etkilemediğini de anlıyorum. Onayımın gönüllü olduğunu ve herhangi bir zamanda geri çekilebileceğini anlıyorum.

Çocuğumun değerlendirilmesine, _____ durum tespitine _____ ve aileye _____ onay veriyorum.
yönelik değerlendirme (Baş Harfler) (Baş Harfler) (Baş Harfler)
yapılmasına

Ebeveyn adı

Ebeveyn imzası

Tarih



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

El-03 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı

Çocuğun
doğum tarihi

Ebeveyn ad(lar)ı

ETID numarası

Ön Yazılı Uygunluk Tespiti Bildirimi

Çocuğun yaşı

Düzeltilmiş yaş (varsa)

Uygunluk belirleme tarihi

Müracaat Sebep(ler)i

Uygunluk Durumu

- ☐ **Çocuğunuz**, gelişimsel bir gecikmeyle sonuçlanma olasılığı yüksek olan teşhis edilmiş fiziksel veya zihinsel bir durum nedeniyle Ohio Erken Müdahale (EI) için uygundur. *

Teşhis edilen durum:

Teşhisi doğrulamak için kullanılan dokümantasyon:

(* Çocuğunuz teşhis edilmiş bir sağlık durumu nedeniyle EI programına uygunsa, bu sayfanın geri kalanı ve sayfa 2 doldurulmayacaktır)

- ☐ **Çocuğunuz, EI değerlendirme ekibi tarafından** aşağıdaki ölçütler aracılığıyla belirlenen gelişimsel bir gecikme nedeniyle Ohio EI için uygundur **

☐ Bir değerlendirme aracındaki puanlar veya ☐ aşağıdaki alan(lar)da alınan klinik görüş:

- ☐ Dışavurumcu İletişim ☐ Sosyal/Duygusal ☐ İnce Motor ☐ Uyumsal
☐ Alıcı İletişim ☐ Biliş ☐ Kaba Motor

- ☐ **Çocuğunuz Ohio EI için uygun DEĞİLDİR.** Çocuğunuz, çok disiplinli bir ekip tarafından değerlendirilmiş ve değerlendirme sonuçları ile ekibinizin klinik görüşüne dayanarak çocuğunuzda herhangi bir gelişimsel gecikme tespit edilmemiştir. **

Uygunluk Durumunu Belirlemek İçin Kullanılan Yöntemler

Tamamlanma tarihi

(** Sadece gelişimsel gecikme nedeniyle uygun olan veya uygun olmayan çocuklar için tamamlanacaktır)

- Çocuğun geçmişinin tıbbi/egitimsel/diğer kayıtlar aracılığıyla incelenmesi
- Çocuğun geçmişinin ebeveyn/aile görüşmesi aracılığıyla incelenmesi
- Gözlem
- Değerlendirme aracı
 - ☐ Bayley Bebek ve Küçük Çocuk Gelişim Ölçeği
 - ☐ Battelle Gelişim Envanteri
- İşitme Kontrol Listesi
- Görme Kontrol Listesi
- Diğer (isteğe bağlı):

Değerlendirme Bulgularının Özeti**Çokdisiplinli Değerlendirme Ekip Üyeleri****Değerlendirmeyi yapan kişinin adı:***Telefon:**E-posta:**Disiplin:*☐ Gelişim Uzmanı☐ Pre-K/K Eğitimci☐ Sosyal Hizmet Uzmanı☐ Görüş Uzmanı☐ İşitme Uzmanı☐ Konuşma ve Dil Patoloğu☐ Mesleki Terapist☐ Fizik Tedavi Uzmanı☐ Hemşire☐ Diğer: _____**Değerlendirmeyi yapan kişinin adı:***Telefon:**E-posta:**Disiplin:*☐ Gelişim Uzmanı☐ Pre-K/K Eğitimci☐ Sosyal Hizmet Uzmanı☐ Görüş Uzmanı☐ İşitme Uzmanı☐ Konuşma ve Dil Patoloğu☐ Mesleki Terapist☐ Fizik Tedavi Uzmanı☐ Hemşire☐ Diğer: _____**Değerlendirmeyi yapan kişinin adı:***Telefon:**E-posta:**Disiplin:*☐ Gelişim Uzmanı☐ Pre-K/K Eğitimci☐ Sosyal Hizmet Uzmanı☐ Görüş Uzmanı☐ İşitme Uzmanı☐ Konuşma ve Dil Patoloğu☐ Mesleki Terapist☐ Fizik Tedavi Uzmanı☐ Hemşire☐ Diğer: _____

Çocuğunuz Ohio EI için uygunsa:

Ohio EI, "sonuçları" (veya hedefleri) ve bu sonuçları karşılamak için gereken erken müdahale hizmetlerini içeren IFSP'nin geliştirilmesi için sizinle birlikte çalışmayı önermektedir. Ohio EI programı, çocuğunuzun uygun olduğunu belirlediğinde, bir EI hizmetine başlamadan veya bu hizmette değişiklik yapılmadan önce en az on takvim günü öncesinde yazılı bildirim almanız gerekmektedir. Bu hizmet, IFSP toplantısı sırasında aile planınıza dahil edilecektir. Dilerseniz, IFSP'nin 6. Bölümünde yer alan on takvim günlük bekleme süresinden feragat ederek EI hizmetine hemen başlamayı tercih edebilirsiniz.

EI Hizmet Koordinatörünüz, sizinle birlikte bir IFSP toplantısı planlamak için gerekli düzenlemeleri yapacaktır.

Hizmet Koordinatörü adı

Telefon numarası

E-posta adresi

Çocuğunuz Ohio Erken Müdahale için uygun DEĞİLSE:

Bu, çocuğunuzun akranlarına benzer beceri ve davranışlar sergilediği anlamına gelmektedir.

Ohio EI, bu bildirimin tarihinden itibaren en geç 10 gün içinde çocuğunuzun EI sisteminden çıkarılmasını önermektedir. Aşağıdaki kutucuklarda, değerlendirme ekibiniz çocuğunuzun gelişimini desteklemek için öneriler ve aileniz için faydalı olabilecek potansiyel topluluk destekleri ve kaynakları sağlamıştır.

Ebeveyn olarak, kullanabileceğiniz anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahipsiniz. EI Ebeveynlik Hakları broşürünün bir kopyası ektedir. Bu sonuçlara yönelik herhangi bir sorunuz olursa, lütfen EI hizmet koordinatörünüzle iletişime geçiniz. Üç yaşından önce çocuğunuzun gelişimiyle ilgili yeni endişeleriniz olursa, hizmet koordinatörüyle iletişime geçebilirsiniz.

Hizmet Koordinatörü adı

Telefon numarası

E-posta adresi

İlginizi çekebilecek topluluk destekleri ve kaynakları:

Çocuğunuzun gelişimini destekleyen fikirler ve öneriler:



El-04 Formu Bireyselleştirilmiş Aile Hizmet Planı (IFSP)

IFSP türü	☐ Başlangıç	☐ Periyodik	☐ Periyodik	ETID numarası
ve tarihi	☐ Yıllık	☒ Periyodik	☒ TPC	

Bölüm 1: Çocuk ve Aile Bilgileri

Çocuğun adı	Soyadı	İkinci adı	Doğum tarihi
Çocukla konuşulan diller	Tercüman gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır	Çocuğun ırkı ve etnik kökeni	Çocuğun ikamet ettiği okul bölgesi
Ebeveynin adı	Adres	Çocukla birlikte yaşıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır	
Biyolojik veya evlat edinen aile değilse, çocukla ilişkisi	Telefon: Cep (C); Ev (E); İş (İ)		
E-posta adresi	Tercih edilen iletişim yöntemi ☐ Çağrı ☐ E-posta ☐ Mesaj	Tercih edilen iletişim saatleri	
Ebeveynin adı	Adres	Çocukla birlikte yaşıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır	
Biyolojik veya evlat edinen aile değilse, çocukla ilişkisi	Telefon: Cep (C); Ev (E); İş (İ)		
E-posta adresi	Tercih edilen iletişim yöntemi ☐ Çağrı ☐ E-posta ☐ Mesaj	Tercih edilen iletişim saatleri	

Diğer önemli aile bilgileri

(ailenizin kültürel değerleri, dini inançları veya yaşam koşulları hakkında ekibinizin bilmesi gereken önemli bilgiler)

Bölüm 2: Erken Müdahale Hizmetleri Koordinatörü Bilgileri

El Hizmeti Koordinatörünüz, El programına katılımınız süresince aşağıdaki faaliyetlerin yürütülmesinde tek iletişim noktası olarak hizmet vermektedir. Bu faaliyetler şunları içerir:

- El kapsamında haklarınızı açıklama ve haklarınızı kullanmanızı sağlamak,
- Çocuğunuzun başlangıç uygunluğunu koordine etmek,
- Sizin talep ettikleriniz de dahil olmak üzere IFSP toplantılarını gerekli zaman çizelgelerinde koordine etmek,
- Ortaya çıkacak planın işlevselliğinin sağlanması, endişelerinizi ve önceliklerinizi yansıtacak şekilde geliştirilmesi için IFSP ekibine yardımcı olmak,
- Gerekli El hizmetlerini belirlemek, sağlamak, fonlamak ve takip etmek için size yardımcı olmak,
- İhtiyaç duyduğunuz ve talep ettiğiniz diğer destekleri ve kaynakları bulmak ve bunlara erişmenizi sağlamak için size yardımcı olmak,
- Üç yaşına gelmeden önce geçiş planının geliştirilmesini sağlamak

El Hizmet Koordinatörünün Adı	Telefon	E-posta
Kurum adı	Denetmenin adı ve iletişim bilgileri	

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Bölüm 3: Çocuk ve Aile Değerlendirmesi

Tamamlanma tarihi:

Çocuk Değerlendirmesi

Aile Yönlendirmeli
Değerlendirme

Çocuğunuz ve ailenizle ilgili değerlendirmeler sırasında, değerlendirme ekibi çeşitli kaynaklardan bilgi toplamıştır. Bu bilgiler aşağıdaki sayfalarda özetlenmiş olup, çocuğunuzun ve ailenizin ihtiyaçlarını karşılamak için hedeflerin belirlenmesi ve stratejiler ile faaliyetlerin tanımlanması sürecine temel oluşturacaktır.

Aşağıdaki çocuk değerlendirme faaliyetleri gerçekleştirilmiş veya gözden geçirilmiş olmalıdır

Tamamlanma

Tarihi

- Uygunluk belgelerinin incelenmesi
- Çocuğun geçmişinin tıbbi/eğitimsel/diğer kayıtlar aracılığıyla incelenmesi
- Çocuğun geçmişinin ebeveyn/aile görüşmesi aracılığıyla incelenmesi
- Çocuğun kendine özel güçlü yönlerini ve ihtiyaçlarını tam olarak anlamak için bakım verenlerden, aile üyelerinden ve/veya diğer kişilerden bilgi toplanması
- Çocuğunuzun ailenizin günlük rutinleri ve faaliyetleri içerisindeki işlev düzeyinin belirlenmesi
- İşitme Kontrol Listesi
- Görme Kontrol Listesi
- Diğer (isteğe bağlı):

Çocuğun Geçmişine İlişkin Özet

Bu, ebeveyn görüşmeleri ve tıbbi, eğitimsel veya diğer kayıtlardan edinilen doğum geçmişi, gebelik yaşı, tıbbi durumlar veya teşhisler, hastalıklar, hastane yatışları, kullanılan ilaçlar, görme ve işitme durumu/taramaları, beslenme/ihtiyaçları ve diğer gelişimsel bilgiler gibi ilgili bilgilerin bir özetidir.

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Günlük Faaliyetler ve Rutinlere İlişkin Özet

Çocuğunuzla Günün En Kolay veya En Keyifli Anları

Faaliyet/Rutin	Kimler katılıyor?	Faaliyet/rutinin iyi gitmesini sağlayan nedir?

Çocuğunuzla Günün En Zor veya En Sıkıntılı Anları

Faaliyet/Rutin	Kimler katılıyor?	Faaliyeti/rutini zorlayıcı kılan nedir?

Çocuğunuzun Gelişiminin Özeti

Çocuklar, Üç Çocuk Sonucu olarak bilinen üç işlevsel alanda beceriler geliştirirler: (1) olumlu sosyal-duygusal beceriler geliştirme; (2) Bilgi ve becerileri kazanma ve kullanma; ve (3) ihtiyaçlarını karşılamak için uygun eylemler gerçekleştirme. Ekibiniz, çocuğunuzun aile faaliyetlerine ve rutinlerine katılımıyla ilgili paylaştığınız bilgiler, gözlemler, aile görüşmeleri ve çocuğunuzun kayıtlarının incelenmesi yoluyla bilgiler toplamıştır. Çocuğunuzun mevcut gelişim düzeyine ilişkin bu özetler, çocuğunuzun aynı yaştaki akranlarıyla karşılaştırıldığında bireysel güçlü yönlerini ve ihtiyaçlarını göstermektedir. Bu bağlantı, [Üç Çocuk Sonucu'nun](#) her biri için işlevsel beceri dökümü hakkında detaylı bilgi içermektedir.

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Olumlu Sosyal-Duygusal Beceriler Geliştirme

Bu, çocuğunuzun aile üyeleri, diğer yetişkinler ve diğer çocuklarla nasıl etkileşim kurduğu ve oynadığına dair bir özet niteliğindedir. Şunları içerir: (1) Aile üyelerine sevgi göstermesi, (2) Kendi ismini ve diğerlerinin isimlerini anlaması ve kullanması, (3) Selamlaşma ve vedalaşma ifadelerini iletmesi, (4) Tanıdığı ve tanımadığı yetişkinler ve akranlarıyla oyun oynaması, (5) Oyuncaklara sahip çıkması ve başkalarıyla paylaşması, (6) Duygularını ifade etmesi ve üzüldüğünde sakinleşmesi, (7) Saklambaç oynamak, şarkı söylemek, dans etmek, taklit oyunu oynamak ve sıraya girmek gibi sosyal kurallara ve oyunlara katılması.

Yıllık IFSP ve son değerlendirme için - Çocuğunuz, en son Çocuk Sonuç Özeti (Child Outcome Summary (COS)) değerlendirmesinden bu yana olumlu sosyal-duygusal beceriler kazanmaya yönelik yeni bir beceri veya davranış sergiledi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

Çocuk Sonuç Özeti (COS) Açıklaması - Aynı yaştaki akranlarına göre, çocuğunuz:

- | | |
|---|--|
| ☐ Bu alanda çok daha küçük yaştaki bir çocuktan beklenen becerileri kullanmaktadır. | ☐ Zaman zaman yaşa uygun beklenen becerileri kullanmaktadır. Bu alanda daha küçük yaştaki bir çocuğa ait daha fazla beceriye sahiptirler. |
| ☐ Yaşa uygun beceriler geliştirmek için gerekli olan bazı erken becerileri kullanmaktadır. Bu alanda henüz yaşa uygun beklenen becerileri kullanmamaktadırlar. | ☐ Birçok yaşa uygun beklenen beceriyi kullanmaktadır. Bu alanda daha küçük yaştaki bir çocuğa ait bazı becerilere sahiptirler. |
| ☐ Yaşa uygun beceriler geliştirmek için gerekli olan birçok erken becerileri kullanmaktadır. Bu alanda henüz yaşa uygun beklenen becerileri kullanmamaktadırlar. | ☐ Bu alanda beklediğimiz becerileri kullanmaktadır. Ancak, potansiyel bir endişe bulunmaktadır. |
| | ☐ Bu alanda beklediğimiz tüm becerileri kullanmaktadır. |
-

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Bilgi ve Beceriler Kazanma ve Kullanma

Bu, çocuğunuzun nasıl oynadığı, yeni şeyler öğrendiği ve başkalarıyla nasıl etkileşim kurduğuna dair bir özet niteliğindedir. Şunları içerir: (1) Başkalarını gözlemleyerek öğrenmesi, (2) Sorun çözmesi, (3) Yeni bilgileri analiz etmesi, (4) Amaçlı oyun oynaması, (5) Kitapları "okuması", (6) Yönergeleri anlaması ve (7) Dünyayı başkalarına anlatmak ve soruları yanıtlamak için jestler, kelimeler veya işaretler kullanması.

Yıllık IFSP ve son değerlendirme için - Çocuğunuz, en son COS değerlendirmesinden bu yana bilgi ve becerilerin edinilmesi ve kullanılmasına yönelik yeni bir beceri veya davranış sergiledi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

COS Sonuç Özeti (COS) Değerlendirme Beyanı - Aynı yaştaki akranlarına göre çocuğunuz:

- | | |
|---|--|
| ☐ Bu alanda çok daha küçük yaştaki bir çocuktan beklenen becerileri kullanmaktadır. | ☐ Zaman zaman yaşa uygun beklenen becerileri kullanmaktadır. Bu alanda daha küçük yaştaki bir çocuğa ait daha fazla beceriye sahiptirler. |
| ☐ Yaşa uygun beceriler geliştirmek için gerekli olan bazı erken becerileri kullanmaktadır. Bu alanda henüz yaşa uygun beklenen becerileri kullanmamaktadırlar. | ☐ Birçok yaşa uygun beklenen beceriyi kullanmaktadır. Bu alanda daha küçük yaştaki bir çocuğa ait bazı becerilere sahiptirler. |
| ☐ Yaşa uygun beceriler geliştirmek için gerekli olan birçok erken becerileri kullanmaktadır. Bu alanda henüz yaşa uygun beklenen becerileri kullanmamaktadırlar. | ☐ Bu alanda beklediğimiz becerileri kullanmaktadır. Ancak, potansiyel bir endişe bulunmaktadır. |
| | ☐ Bu alanda beklediğimiz tüm becerileri kullanmaktadır. |
-

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Gereksinimlerini Karşılama için Uygun Aksiyonları Alma

Bu, çocuğunuzun amaçlı hareket etme, kendine bakma ve ihtiyaçlarını iletme biçimlerine dair bir özet niteliğindedir. Şunları içerir: (1) bir yerden bir yere hareket etmesi, (2) yemek yemesi ve içmesi, (3) giyinme ve soyunmaya katılması, (4) şekerleme yapması ve gece uyuması, (5) yıkanma, bez değiştirme ve tuvalete gitmeye katılması, (6) güvenlikle ilgili talimatları takip etmesi ve (7) isteklerini ve ihtiyaçlarını başkalarına iletmesi.

Yıllık IFSP ve son değerlendirme için - Çocuğunuz, en son COS değerlendirmesinden bu yana ihtiyaçları karşılamak için uygun eylemi gerçekleştirme konusunda yeni bir beceri veya davranış sergiledi mi?

☐ Evet

☐ Hayır

Çocuk Sonuç Özeti (COS) Değerlendirme Beyanı - Aynı yaş grubu çocuklara göre çocuğunuz:

- | | |
|---|--|
| ☐ Bu alanda çok daha küçük yaştaki bir çocuktan beklenen becerileri kullanmaktadır. | ☐ Zaman zaman yaşa uygun beklenen becerileri kullanmaktadır. Bu alanda daha küçük yaştaki bir çocuğa ait daha fazla beceriye sahiptirler. |
| ☐ Yaşa uygun beceriler geliştirmek için gerekli olan bazı erken becerileri kullanmaktadır. Bu alanda henüz yaşa uygun beklenen becerileri kullanmamaktadırlar. | ☐ Birçok yaşa uygun beklenen beceriyi kullanmaktadır. Bu alanda daha küçük yaştaki bir çocuğa ait bazı becerilere sahiptirler. |
| ☐ Yaşa uygun beceriler geliştirmek için gerekli olan birçok erken becerileri kullanmaktadır. Bu alanda henüz yaşa uygun beklenen becerileri kullanmamaktadırlar. | ☐ Bu alanda beklediğimiz becerileri kullanmaktadır. Ancak, potansiyel bir endişe bulunmaktadır. |
| | ☐ Bu alanda beklediğimiz tüm becerileri kullanmaktadır. |
-

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Aile Yönlendirmeli Değerlendirme (FDA) Özeti

FDA Gerçekleştiren Kişi: _____

Ailenin Endişeleri

Bu, çocuğunuzun ve/veya ailenizin günlük rutinler ve faaliyetler sırasında karşılaştığı endişeler, zorluklar veya güçlüklerin bir özetidir ve bu konuların EI ekibi tarafından ele alınması yararlı olacaktır.

Aile Kaynakları

Bu, çocuğunuzun ve/veya ailenizin destek için sahip olduğu kişiler, faaliyetler, programlar veya organizasyonlar gibi kaynakların yanı sıra şu anda sahip olmadığınız ancak talep etmek isteyebileceğiniz veya fayda sağlayabileceğiniz kaynakları da kapsayan bir özetidir.

Ailenin Öncelikleri

Bu, erken müdahale hizmetleri sayesinde çocuğunuzun ve/veya ailenizin edinmesini istediğiniz belirli becerilerin, faaliyetlerin ve/veya kaynakların bir özetidir.

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Bölüm 4: Çocuk ve Aile Sonuçlarınız

Bu bölüm, başarmak istediğiniz hedeflere göre bir çocuk veya aile sonucunu belirlemekte ve bu sonuca ulaşmak için atılacak adımları içermektedir. Sonuç, çocuk ve aile değerlendirmeleri sırasında ailenizin günlük yaşamıyla ilgili paylaştığınız bilgilere dayanmaktadır. Tüm ekibin sonucun ne zaman gerçekleştirildiğini bilebilmesi için her IFSP sonucu, herkes tarafından kolayca anlaşılabilir kelimelerle ve yeterli miktarda detayla yazılmalıdır. Sonuçlar, El destek ve hizmetlerinin bir sonucu olarak ailenizin faaliyetlerinde gerçekleşmesini istediğiniz olaylara dayalı olmalıdır.

Sonuç numarası:					
Sonucun eklendiği tarih:	Bu çocuk sonucu şunları kapsamaktadır:	☐ Olumlu sosyal ilişkiler geliştirme	☐ Yeni beceri ve bilgi edinme ve kullanma	☐ İhtiyaçlarını karşılamak için aksiyon alma	Bu aile sonucu şunları kapsamaktadır:
		☐ Aile refahı, aile katılımı veya bilgi			

Sonuç:

Bu sonuçla ilgili olarak şu anda neler oluyor?

Stratejiler: Kimin ve ne zaman dahil olacağını da içerecek şekilde, IFSP sonucuna ulaşmamıza yardımcı olacak adımlar ve faaliyetler nelerdir?

Bu sonuca ulaşmak için şu anda mevcut olan destekler (resmi ve doğal, El tarafından sağlanmayan hizmetler dahil).

Bu sonucun incelenmesi: IFSP incelemesi en az altı ayda bir yapılmalıdır, ancak daha erken de gerçekleştirilebilir. İsteddiğiniz zaman bir IFSP incelemesi talep edebilirsiniz.

İnceleme sonucu:

İnceleme tarihi: _____

- ☐ Sonuç gerçekleştirildi ☐ Sonuç devam ettirilsin ☐ Sonuç revize edilsin ☐ Sonuç artık öncelik değil

Bu sonucu etkileyen yeni endişeler veya olaylar:

Bu sonuca ulaşma yönündeki ilerleme:

Güncellenmiş stratejiler:

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Bölüm 4: Çocuk ve Aile Sonuçlarınız

Bu bölüm, başarmak istediğiniz hedeflere göre bir çocuk veya aile sonucunu belirlemekte ve bu sonuca ulaşmak için atılacak adımları içermektedir. Sonuç, çocuk ve aile değerlendirmeleri sırasında ailenizin günlük yaşamıyla ilgili paylaştığınız bilgilere dayanmaktadır. Tüm ekibin sonucun ne zaman gerçekleştirildiğini bilebilmesi için her IFSP sonucu, herkes tarafından kolayca anlaşılabilir kelimelerle ve yeterli miktarda detayla yazılmalıdır. Sonuçlar, El destek ve hizmetlerinin bir sonucu olarak ailenizin faaliyetlerinde gerçekleşmesini istediğiniz olaylara dayalı olmalıdır.

Sonuç numarası:						
Sonucun eklendiği tarih:	Bu çocuk sonucu şunları kapsamaktadır:	☐ Olumlu sosyal ilişkiler geliştirme	☐ Yeni beceri ve bilgi edinme ve kullanma	☐ İhtiyaçlarını karşılamak için aksiyon alma	Bu aile sonucu şunları kapsamaktadır:	☐ Aile refahı, aile katılımı veya bilgi

Sonuç:

Bu sonuçla ilgili olarak şu anda neler oluyor?

Stratejiler: Kimin ve ne zaman dahil olacağını da içerecek şekilde, IFSP sonucuna ulaşmamıza yardımcı olacak adımlar ve faaliyetler nelerdir?

Bu sonuca ulaşmak için şu anda mevcut olan destekler (resmi ve doğal, El tarafından sağlanmayan hizmetler dahil).

Bu sonucun incelenmesi: IFSP incelemesi en az altı ayda bir yapılmalıdır, ancak daha erken de gerçekleşebilir. İsteddiğiniz zaman bir IFSP incelemesi talep edebilirsiniz.

İnceleme sonucu:

İnceleme tarihi: _____

- ☐ Sonuç gerçekleştirildi ☐ Sonuç devam ettirilsin ☐ Sonuç revize edilsin ☐ Sonuç artık öncelik değil

Bu sonucu etkileyen yeni endişeler veya olaylar:

Bu sonuca ulaşma yönündeki ilerleme:

Güncellenmiş stratejiler:

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Bölüm 4: Çocuk ve Aile Sonuçlarınız

Bu bölüm, başarmak istediğiniz hedeflere göre bir çocuk veya aile sonucunu belirlemekte ve bu sonuca ulaşmak için atılacak adımları içermektedir. Sonuç, çocuk ve aile değerlendirmeleri sırasında ailenizin günlük yaşamıyla ilgili paylaştığınız bilgilere dayanmaktadır. Tüm ekibin sonucun ne zaman gerçekleştirildiğini bilebilmesi için her IFSP sonucu, herkes tarafından kolayca anlaşılabilir kelimelerle ve yeterli miktarda detayla yazılmalıdır. Sonuçlar, El destek ve hizmetlerinin bir sonucu olarak ailenizin faaliyetlerinde gerçekleşmesini istediğiniz olaylara dayalı olmalıdır.

Sonuç numarası:					
Sonucun eklendiği tarih:	Bu çocuk sonucu şunları kapsamaktadır:	☐ Olumlu sosyal ilişkiler geliştirme	☐ Yeni beceri ve bilgi edinme ve kullanma	☐ İhtiyaçlarını karşılamak için aksiyon alma	Bu aile sonucu şunları kapsamaktadır:
		☐ Aile refahı, aile katılımı veya bilgi			

Sonuç:

Bu sonuçla ilgili olarak şu anda neler oluyor?

Stratejiler: Kimin ve ne zaman dahil olacağını da içerecek şekilde, IFSP sonucuna ulaşmamıza yardımcı olacak adımlar ve faaliyetler nelerdir?

Bu sonuca ulaşmak için şu anda mevcut olan destekler (resmi ve doğal, El tarafından sağlanmayan hizmetler dahil).

Bu sonucun incelenmesi: IFSP incelemesi en az altı ayda bir yapılmalıdır, ancak daha erken de gerçekleşebilir. İsteddiğiniz zaman bir IFSP incelemesi talep edebilirsiniz.

İnceleme sonucu:

İnceleme tarihi: _____

- ☐ Sonuç gerçekleştirildi ☐ Sonuç devam ettirilsin ☐ Sonuç revize edilsin ☐ Sonuç artık öncelik değil

Bu sonucu etkileyen yeni endişeler veya olaylar:

Bu sonuca ulaşma yönündeki ilerleme:

Güncellenmiş stratejiler:

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Bölüm 5: Çocuk ve Aile Geçiş Planınız

Eİ ile sağlanan destek ve hizmetler, çocuk üç yaşına geldiğinde sona erer. Bu bölüm, geçiş planınız olarak hizmet eder ve çocuk ile aile geçiş ihtiyaçlarını Eİ'den bu geçişi mümkün olduğunca sorunsuz hale getirmek için gereken adımlar ve faaliyetleri belirler. Ekibiniz, sizinle birlikte bir plan geliştirecek ve çocuğunuz ile aileniz için faydalı olabilecek potansiyel topluluk desteklerini veya hizmetlerini belirlemenize yardımcı olacaktır.

Planınız, çocuğunuzun üçüncü doğum gününden önce **9 ay ()** ve **90 gün ()** arasında geliştirilecektir.

Tarih

Tarih

Çocuğunuz, üçüncü doğum gününden 90 gün içinde Eİ'ye yönlendirildiyse, geçiş planınız ilk IFSP toplantınızda geliştirilecektir.

Bu planlama süreci şunları içerecektir:

- Çocuğunuzun ve ailenizin gelecekteki ihtiyaçları, potansiyel gelecekteki hizmetler ve yerleştirmeler hakkında sizinle yapılacak görüşmeler ve bu hizmet seçenekleri hakkında ihtiyaç duyabileceğiniz detaylar.
- Çocuğunuzun yeni bir ortama uyum sağlamasına ve bu ortamda işlev görmesine yardımcı olacak adımlar da dahil olmak üzere, çocuğunuzun hizmet sunumundaki değişikliklere hazırlamaya yönelik prosedürler. Bu, okul otobüsüne binmeyi öğrenmekten, aile üyelerinden ayrılmaya, yeni bir ortamda iletişim veya diğer yardımcı teknoloji cihazlarını edinmeye ve kullanmaya kadar her şeyi içerebilir.
- Geçiş desteklemek için gerekli olan geçiş adımların, faaliyetlerin ve IFSP ekibinin gerekli gördüğü diğer adımların belirlenmesi.
- Sizin onayınızla (Geçiş Planlama Konferansı için Eİ-07 Onayı ile), potansiyel kaynaklar olarak belirlediğiniz tüm topluluk hizmet sağlayıcıları ile bir TPC düzenlenmesi.

Çocuğunuzun adı, doğum tarihi ve iletişim bilgileriniz okul bölgenizle zaten paylaşılmış olsa da, TPC, ek bilgi paylaşımı ve öğrenimi için bir fırsattır. Çocuğunuz üç yaşında okul öncesi özel eğitim hizmetlerine uygun olması durumunda, bu planlama süreci, okul bölgesinin rolü ve en son değerlendirmeler, incelemeler ve IFSP'nin okul bölgenizle paylaşılması için onayınızı alma süreci hakkında sizinle yapılacak görüşmeleri ve okul bölgesi temsilcisinin TPC'ye davet edilmesini de içerecektir.

Geçiş sonucu adımları ve hizmetlerin geliştirildiği tarih:

Potansiyel gelecekteki kaynaklar, yerleştirmeler ve/veya hizmetler:

Çocuğun geçiş sonucu: Çocuğunuzun sorunsuz bir geçiş yapabilmesi için gerekli olan şeyler nelerdir?

Sonuç numarası:

Kimin ve ne zaman dahil olacağını da içerecek şekilde, IFSP sonucuna ulaşmamıza yardımcı olacak adımlar ve faaliyetler nelerdir?

Bu geçiş sonucu şunları kapsar:

☐

Olumlu sosyal ilişkiler geliştirme

☐

Yeni beceri ve bilgi edinme ve kullanma

☐

İhtiyaçlarını karşılamak için aksiyon alma

Aile geçiş sonucu: Bu geçiş sürecinde çocuğünüzü desteklemek için ihtiyacınız olan şeyler nelerdir?

Sonuç numarası:

Kimin ve ne zaman dahil olacağını da içerecek şekilde, IFSP sonucuna ulaşmamıza yardımcı olacak adımlar ve faaliyetler nelerdir?

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Geçiş sonuç(lar)ının incelenmesi: IFSP incelemesi en az altı ayda bir yapılmalıdır, ancak daha erken de gerçekleşebilir. İstedığınız zaman bir IFSP incelemesi talep edebilirsiniz.

Çocuk geçişi sonucu için inceleme sonucu:

İnceleme tarihi: _____

- ☐ Sonuç gerçekleştirildi ☐ Sonuç devam ettirilsin ☐ Sonuç revize edilsin ☐ Sonuç artık öncelik değil

Aile geçişi sonucu için inceleme sonucu:

- ☐ Sonuç gerçekleştirildi ☐ Sonuç devam ettirilsin ☐ Sonuç revize edilsin ☐ Sonuç artık öncelik değil

Bu sonucu etkileyen yeni endişeler veya olaylar:

Bu sonuca ulaşma yönündeki ilerleme:

Güncellenmiş stratejiler, adımlar ve faaliyetler:

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Bölüm 6: Erken Müdahale Hizmetleri

Erken Müdahale hizmetleri, bir birincil hizmet sağlayıcı (PSP) veya ikincil hizmet sağlayıcı (SSP) tarafından sağlanabilir. PSP, sonuçları desteklemek ve çocuğun öğrenme ve gelişimini teşvik etmek amacıyla tüm ziyaretlerde aileye doğrudan yardım eder/hizmet sunar. SSP'ler, ortak ziyaretler aracılığıyla IFSP sonuçlarıyla PSP ve aileye periyodik olarak destek sağlarlar. Ortak ziyaretler, PSP ve ailenin ihtiyaçlarına bağlı olarak gerekli olan sıklıkta yapılır. Sağlayıcınız(lar)ın yanı sıra, ailenizi desteklemek için her zaman erişilebilir tam bir EI sağlayıcı ekibine sahipsiniz.

IFSP ekibi sonuçlarımızı desteklemek için mevcut tüm bilgileri kullanarak aşağıdaki EI hizmetlerini belirlemiştir.

IFSP tarihi:

El Hizmet Türü	Yöntem	Yer	Sıklık	Seans Süresi	Sağlayıcı Kuruluş	Finansman Kaynağı	Öngörülen Başlangıç Tarihi*	Öngörülen Bitiş Tarihi	Sonuç Numarası(ları)
☐ PSP ☐ SSP							☐ Yeni Hizmet		
☐ PSP ☐ SSP							☐ Yeni Hizmet		
☐ PSP ☐ SSP							☐ Yeni Hizmet		
☐ PSP ☐ SSP							☐ Yeni Hizmet		
☐ PSP ☐ SSP							☐ Yeni Hizmet		

Yöntem: Yüz yüze (P); Teknoloji (T)

Yer: Ev (H); Topluluk (C); Diğer (O)

*Eğer herhangi bir yeni veya değiştirilmiş hizmetin, bu IFSP toplantısından itibaren 10 gün içinde gerçekleşmesi planlanıyorsa, IFSP'nin 8. Bölümündeki "Zaman Çizelgesi Muafiyeti"ne bakınız.

Herhangi bir EI hizmetinin doğal bir ortamda sağlanamamasının nedeni açıklaması:

El Hizmet Koordinatörü ve ailenin, ön görülen tarih de dahil olmak üzere, hizmet(ler)i doğal bir ortama taşımak için atacağı adımlar:

Gerekli olan, ancak henüz koordine edilmemiş EI hizmetleri:

El Hizmet Koordinatörünüzün, gerekli EI hizmetlerini koordine etmek için atacağı adımlar:

Hizmetlerin
zamanında teslim
alınması (TRS) için
son gün:

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Bölüm 7: Ekip Katılımı

Bu IFSP'nin geliştirilmesine yaptığınız değerli katkılarının yanı sıra, aşağıdaki bireyler uygunluk belirleme, değerlendirme ve/veya IFSP geliştirme sürecine katılmıştır:

EI Hizmet Koordinatörü adı:

Telefon:

E-posta:

Ad:

Telefon:

E-posta:

Rolü: ☐ Değerlendirici ☐ Sağlayıcı

Disiplin:

- | | |
|---|--|
| ☐ Gelişim Uzmanı | ☐ Konuşma ve Dil Patoloğu |
| ☐ Pre-K/K Eğitmeni | ☐ Mesleki Terapist |
| ☐ Sosyal Hizmet Uzmanı | ☐ Fizik Tedavi Uzmanı |
| ☐ Görüş Uzmanı | ☐ Hemşire |
| ☐ İşitme Uzmanı | ☐ Diğer: |

Ad:

Telefon:

E-posta:

Rolü: ☐ Değerlendirici ☐ Sağlayıcı

Disiplin:

- | | |
|---|--|
| ☐ Gelişim Uzmanı | ☐ Konuşma ve Dil Patoloğu |
| ☐ Pre-K/K Eğitmeni | ☐ Mesleki Terapist |
| ☐ Sosyal Hizmet Uzmanı | ☐ Fizik Tedavi Uzmanı |
| ☐ Görüş Uzmanı | ☐ Hemşire |
| ☐ İşitme Uzmanı | ☐ Diğerleri: |

Ad:

Telefon:

E-posta:

Rolü: ☐ Değerlendirici ☐ Sağlayıcı

Disiplin:

- | | |
|---|--|
| ☐ Gelişim Uzmanı | ☐ Konuşma ve Dil Patoloğu |
| ☐ Pre-K/K Eğitmeni | ☐ Mesleki Terapist |
| ☐ Sosyal Hizmet Uzmanı | ☐ Fizik Tedavi Uzmanı |
| ☐ Görüş Uzmanı | ☐ Hemşire |
| ☐ İşitme Uzmanı | ☐ Diğer: |

Ad:

Telefon:

E-posta:

Rolü: ☐ Değerlendirici ☐ Sağlayıcı

Disiplin:

- | | |
|---|--|
| ☐ Gelişim Uzmanı | ☐ Konuşma ve Dil Patoloğu |
| ☐ Pre-K/K Eğitmeni | ☐ Mesleki Terapist |
| ☐ Sosyal Hizmet Uzmanı | ☐ Fizik Tedavi Uzmanı |
| ☐ Görüş Uzmanı | ☐ Hemşire |
| ☐ İşitme Uzmanı | ☐ Diğer: |

Diğer katılımcı isimleri

Rol/Aileyle İlişki

Çocuğun adı:

Doğum tarihi:

ETID numarası:

Bölüm 8: El Hizmetleri için Ön Yazılı Bildirim ve Onay

Ebeveyn Onayı

Bu IFSP'de açıklanan El hizmetlerinin sağlanmasını kabul ediyorum. Bu IFSP'de açıklanan El Hizmetlerinin sağlanması ile ilgili olarak tamamen bilgilendirildim ve sağlanan tüm bilgileri anladım. Ohio El Ebeveyn Hakları broşürünün bir kopyası elimde bulunmaktadır ve onay vermek için sahip olduğum hakları biliyorum. Herhangi bir Erken Müdahale şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum.

Ohio El hizmet sağlayıcılarından herhangi biri, aileme ve çocuğuma sağlanacak El hizmetlerini başlatmayı veya değiştirmeyi önerdiğinde, bu hizmetin başlamasından veya değiştirilmesinden en az on takvim günü önce yazılı bildirim alman gerektiğini anlıyorum. Bu IFSP'nin önerilen El hizmetleri hakkında ön yazılı bildirim teşkil ettiğini ve önerilen hizmetlerin başlatılması veya değiştirilmesinin ayrıntılarının IFSP'nin 6. Bölümünde açıklandığını anlıyorum. Bu IFSP toplantısından önce EI-11 formu kullanılarak sona erdirilmesi önerilen bir hizmet için ek yazılı bildirim gerekli değildir.

Süre Sınırından Feragat (isteğe bağlı)

El hizmetinin başlaması veya değiştirilmesinden 10 takvim günü önce yazılı bildirim alma hakkımdan feragat ettiğimi anlıyor ve kabul ediyorum.

Ebeveyn baş
harfleri

Tarih

Ebeveynin adı

Ebeveynin imzası

Tarih

Ebeveynin adı

Ebeveynin imzası

Tarih

El Hizmet Koordinatörü ve Sağlayıcı Onayı

Sonuçların ailenin önceliklerini ve endişelerini yansıtacağını ve El hizmetlerinin bu sonuçları destekleyeceğini onaylıyoruz. Bu IFSPyi, ailenin çocuklarının günlük etkinliklerine katılmasını ve bu etkinliklerden öğrenmesini destekleyecek şekilde uygulamayı kabul ediyoruz.

İsim

Disiplin

İmza

Tarih

El Hizmet
Koordinatörü

El-05 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı doğum tarihi

Çocuğun

ETID numarası

Erken Müdahale Hizmetleri için Sigorta Kullanım Onayı

Özel Sigorta Kullanımı

Hizmet Koordinatörüm, "ödeme sistemi" kuralını ve Erken Müdahale hizmetlerini özel sigortamla karşıladığım takdirde katılım payları, muafiyetler, primler veya sigorta poliçesindeki yıllık ya da ömür boyu teminat limitleri nedeniyle doğabilecek menfaat kaybı gibi uzun vadeli maliyetler dâhil olmak üzere karşılaşılabileceğim olası giderleri açıklamıştır. Bu olası maliyetlere ve sahip olduğum haklara yönelik yazılı bir bildirim tarafıma iletildi. Özel sigortamın kullanımına onay verdiğimde, ödeme gücüm olduğu tespit edilirse, eyaletin bir IFSP yılı içinde sağlanan ilk 100 birim Erken Müdahale hizmeti için katılım paylarını ve muafiyetleri karşılayacağını anlıyorum. Ödeme gücüm olmadığı tespit edilirse, eyalet tüm Erken Müdahale hizmet birimleri için katılım paylarını ve muafiyetleri karşılayacaktır.

Erken Müdahale (EI) hizmetleri için özel sigortamın faturalandırılmasına onay veriyorum

☐ Evet

☒ Hayır

☐ Özel sigortam yok

Birincil sigorta poliçe numarası

Başlangıç tarihi

Bitiş tarihi

Sağlık sigortası şirketinin adı

Sigorta sahibinin adı

İkincil sigorta poliçe numarası

Başlangıç tarihi

Bitiş tarihi

Sağlık sigortası şirketinin adı

Sigorta sahibinin adı

Ebeveyn ad(lar)ı

Ebeveyn imzası/imzaları

Tarih

Kamu Sigortası Kullanımı

Hizmet Koordinatörüm, Erken Müdahale ödeme sistemi kuralını bana açıklamıştır. Haklarıma ilişkin yazılı bildirim aldım ve Medicaid haklarımı Erken Müdahale hizmetleri için kullanmam durumunda herhangi bir maliyetle karşılaşmayacağımı anlıyorum.

Çocuğuma ait kişisel olarak tanımlanabilir bilgilerin (çocuğumu tanımlamak için kullanılan bilgiler) IFSP'de belirtilen Erken Müdahale hizmet sağlayıcısına ve faturalandırma amacıyla eyalet Medicaid kurumuna iletilmesine onay veriyorum

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Hayır Çocuğumun Medicaid sigortası yoktur

Medicaid alıcı/faturalandırma numarası

Ebeveyn adı

Ebeveyn imzası

Tarih



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

El-06 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı doğum tarihi

Çocuğun

ETID numarası

Bilgi Paylaşımı veya Aktarımına Onay

Siz, ebeveyn olarak, çocuğunuzun Erken Müdahale (EI) kaydının herhangi bir bölümüne erişim hakkına sahipsiniz. EI kaydı, çocuğunuza ilişkin olarak Engelli Bireyler Eğitim Yasası'nın (Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)) C Bölümü kapsamında toplanan, saklanan veya kullanılan tüm kayıtları ifade eder.

Çocuğunuzun adı, doğum tarihi ve okul bölgenizle paylaşılan iletişim bilgileriniz dışında, EI sistemi dışındaki herhangi bir kişi veya kurumla EI bilgileri sizin izniniz olmadan paylaşılamaz. Sizin izninizle, bilgiler sözlü veya yazılı olarak paylaşılabılır. Hangi bilgileri paylaşmak istediğinize veya istemediğinize siz karar verebilirsiniz. Bilgi paylaşımı veya aktarımına izin verdiğinizde, bu formun bir kopyası ilgili kurum veya kişiye iletilecektir. Bazı sınırlı durumlar için ebeveyn onayı gerekli değildir. Bu durumlar için Ebeveyn Hakları Broşürüne başvurabilirsiniz.

Ohio EI programının aşağıdaki kişi veya kurum ile paylaşım veya aktarım

yapmasına onay veriyorum: Adı ve/veya kurum:

İletişim bilgileri (varsa):

Çocuğuma/bana ait aşağıdaki bilgiler:

☐ Bireyselleştirilmiş Aile Hizmet Planı (IFSP)

☐ Uygunluk belirleme sonuçları

☐ EI vaka notları

☐ Tüm EI kaydı

☐ Diğer (belirtiniz)

Aşağıdaki yöntemler kullanılarak:

☐ telefon/metin/video ☐ şahsen ☐ e-posta/faks/dijital yükleme. ☐ kağıt kayıtlar

Bilgilerin ifşa edilmesi veya değiş tokuş edilmesinin amacı aşağıdakilere yardımcı olmaktır:

☐ Ohio EI için uygunluk belirleme

☐ EI'den okul öncesi veya diğer topluluk programlarına geçiş

☐ IFSP'nin Geliştirilmesi

☐ Çocuğun hizmetleri ve ilerlemesi

☐ Diğer (belirtiniz)

Uygulanabilir ise, bilgi paylaşımı veya aktarımına ilişkin sınırlamaları belirtiniz:

Bu onay şu tarihlere kadar geçerlidir:

☐ Çocuğumun Tarihindeki üçüncü yaş gününden

☐ Tarihine kadar

Hizmet Koordinatörüm veya EI sağlayıcı, bilgi paylaşımı veya aktarımıyla ilgili tüm bilgileri bana iletmış ve onay verme dâhil ebeveyn haklarımı açıklamıştır. Ohio EI Ebeveyn Hakları broşürünün (ohioearlyintervention.org/printed-materials) bir kopyasına sahibim. Herhangi bir El şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum. Çocuğuma ait bilgilerin paylaşılmasını veya aktarılmasını anlıyorum ve kabul ediyorum. Bilgi aktarımına onay vermeme rağmen, erken müdahale dışındaki diğer kurumların bilgi paylaşımı için kendi formlarını talep edebileceğini anlıyorum.

Ebeveyn adı

Ebeveyn imzası

Tarih

Eğer bu form EI Hizmet Koordinatörü dışında bir kişi tarafından doldurulursa, EI sağlayıcısı, imzalı onayın alınmasını takip eden beş takvim günü içinde formun bir kopyasını EI Hizmet Koordinatörüne göndermelidir.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

El-07 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı doğum tarihi

Çocuğun

ETID numarası

Geçiş Planlama Konferansı (TPC):

Çocuğunuz üç (3) yaşına girmeden ve Erken Müdahale (EI) programından ayrılmadan önce düzenlenecek bir TPC, EI'den ayrılış sürecinizde ve çocuğunuzun 3 yaşında almaya hak kazanabileceği hizmet ve desteklere geçişte size nasıl yardımcı olabileceğimizin planlanmasına katkı sağlayacaktır. Bu konferans, çocuğunuzun 3. yaş gününden en az 90 gün önce ve en fazla 9 ay önce düzenlenmelidir. Bu toplantıyı planlamadan önce, siz ve EI ekibiniz, topluluk hizmet sağlayıcıları da dahil olmak üzere bu toplantıya davet etmek istediğiniz diğer kişileri belirleyebilirsiniz.

☐ TPC planlanmasına onay veriyorum.

☐ TPC planlanmasına onay vermiyorum.

Çocuğunuz okul öncesi özel eğitim hizmetlerine uygun olduğu takdirde, bu hizmetlerin sağlanmasından yerel okul bölgeniz sorumlu olacaktır. "Kısım B" özel eğitim okul öncesi uygunluğunu belirleme sürecini açıklayacak olan okul bölgesi temsilcisini davet etmeniz yararlı olacaktır. Diğer topluluk hizmet sağlayıcıları da bu toplantıya davet edilebilir.

☐ Okul bölgesi temsilcisinin TPC'ye davet edilmesine izin veriyorum

☐ Okul bölgesi temsilcisinin TPC'ye davet edilmesine izin vermiyorum

Eğer EI ekibinizle birlikte çocuğunuzun okul öncesi özel eğitim hizmetlerine potansiyel olarak uygun OLMADIĞINA inanıyorsanız VEYA okul bölgenizi davet etmek istemiyorsanız, belirlediğiniz diğer topluluk hizmet sağlayıcılarıyla bir geçiş planlama konferansı düzenleyebiliriz.

Ebeveyn adı

Ebeveyn imzası

Tarih



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

El-08 Formu

Bugünün tarihi	Çocuğun adı doğum tarihi	Çocuğun	ETID numarası
----------------	--------------------------	---------	---------------

Çocuğun Yerel Eğitim Kurumuna ve Ohio Eğitim ve İşgücü Departmanına (DEW) Yönlendirilmesine İlişkin Onay

Ohio Erken Müdahale (EI), çocuğunuz için yakın zamanda bir yönlendirme almıştır. EI, doğumdan üç yaşına kadar gelişimsel gecikmeleri ve engellilikleri olan çocuklara yönelik bir program olduğu için, çocuğunuzun yaşının üçe çok yakın olması EI'nin çocuğunuzun uygunluğunu belirleyememesine neden olmaktadır. Ancak, çocuğunuzda gelişimsel gecikme veya engel olabileceğini düşünüyorsanız, çocuğunuz Engelli Bireyler Eğitim Yasası'nın (Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)) B Bölümü kapsamında okul öncesi özel eğitim hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olabilir.

Başvuru yapmak için okul bölgesiyle bizzat iletişime geçebilirsiniz.

Başvuru yapmak için EI'nin okul bölgesiyle iletişime geçmesini tercih etmeniz durumunda onayınızı almamız gerekmektedir. Onayınız doğrultusunda, iletişim bilgilerinizi, çocuğunuzun adını ve doğum tarihini, çocuğunuzun eğitiminden sorumlu olan okul bölgenize ve ODEW'e iletmek amacıyla bu formu kullanacağız.

İletişim bilgilerimin ve çocuğumun adının yerel okul bölgemle ve ODEW'le paylaşılacağı konusunda tamamen bilgilendirildim ve bunu kabul ediyorum. Bu form ile birlikte Ohio Erken Müdahale Ebeveyn Hakları broşürünün (ohioearlyintervention.org/printed-materials) bir kopyasını aldım. Herhangi bir EI şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum. EI'nin, çocuğumun adı, doğum tarihi ve iletişim bilgilerimi okul bölgemle ve ODEW'le paylaşmasına onay veriyorum.

Ebeveyn adı	Ebeveyn imzası	Tarih
Ebeveyn açık adresi numarası	Ebeveyn e-posta adresi	Ebeveyn telefon
Şehir, eyalet, posta kodu		

*Ebeveyn imzası alındıktan sonra, müracaat işleminin tamamlandığından emin olmak için bu imzalı form EI@childrenandyouth.ohio.gov adresine e-posta ile iletilmedir.



**Department of
Children & Youth**
Help Me Grow Early Intervention

El-10 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı doğum tarihi

Çocuğun

ETID numarası

Ebeveyn ad(lar)ı

Ön Yazılı Çıkış Bildirimi

Ohio Erken Müdahale (EI), siz ve çocuğunuz için EI hizmetlerinin sonlandırılmasını önermektedir. Ohio EI, çocuğunuza ait kayıtların bir kopyasını çocuğunuz dokuz yaşına girinceye kadar saklayacaktır. Çocuğunuzun kaydını istediğiniz zaman inceleme veya talep etme hakkına sahipsiniz. Ohio EI, aşağıdaki nedenle bu bildirimin tarihinden itibaren en erken 10 takvim günü içinde çocuğunuzun EI sisteminden çıkarılmasını önermektedir:

☐ Çocuğunuz taramadan geçirilmiş ve gelişimsel gecikme veya engel şüphesi bulunmamıştır. İsteddiğiniz zaman EI hizmet koordinatörünüzle iletişime geçerek bir değerlendirme talep edebilirsiniz.

☐ Gerekli değerlendirme veya ölçüm tamamlanmamıştır.

☐ Çocuğunuz EI hizmetleri için uygunluk gerekliliklerini karşılamamaktadır.

☐ Çocuğunuz Ohio eyaletinin dışına taşınmıştır.

☐ Çocuğunuzun IFSP hedeflerine ulaşılmıştır ve ekip, ek IFSP hedeflerine ihtiyaç olmadığını belirlemiştir.

☐ Bu durumda, EI hizmetlerine katılmak istemediğinizi veya katılamayacağınızı bize bildirdin.

☐ Sizinle iletişim kuramadık. EI hizmetleri almakla hâlâ ilgileniyorsanız, lütfen bu bildirimden sonraki on takvim günü içerisinde EI hizmet koordinatörünüzle iletişime geçin.

☐ Çocuğunuz, üç yaşından önce IEP ile Bölüm B hizmetlerine geçiş yapmıştır.

Önerilen çıkış tarihi:

Yorumlar:

Ebeveyn olarak, bir takım anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahipsiniz. EI Ebeveyn Hakları broşürünün (ohioearlyintervention.org/printed-materials) bir kopyası ektedir. Erken müdahale hizmetlerini almaya devam etmekle ilgileniyorsanız veya çocuğunuzun sistemden çıkarılma nedeninin belirsiz veya yanlış olduğunu düşünüyorsanız, lütfen benimle iletişime geçin.

El Hizmet Koordinatörü adı

El Hizmet Koordinatörü iletişim bilgileri

Çocuğunuzun gelişimini www.helpmegrow.org/ASQ adresinden takip edebilirsiniz. Çocuğunuz üç yaşına basmadan önce istediğiniz zaman 1-800-755-4769 no'lu telefonu arayarak ya da www.ohioearlyintervention.org adresini ziyaret ederek Merkezi Alım ile iletişime geçip yeniden başvuruda bulunabilirsiniz.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

El-11 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı doğum tarihi

Çocuğun

ETID numarası

Ebeveyn ad(lar)ı

Önerilen Hizmet Değişikliği Ön Yazılı Bildirimi

Ohio Erken Müdahale (EI) hizmetleri, Bireyselleştirilmiş Aile Hizmet Planı (IFSP) süreci aracılığıyla belirlenir. Bu hizmetler için ön yazılı bildirim, IFSP toplantısında IFSP formu aracılığıyla sağlanır. Ancak, herhangi bir Ohio EI hizmet sağlayıcısı, bir IFSP toplantısından önce bir EI hizmetini sonlandırmayı önerdiğinde, bu hizmetin sonlandırılmasından en az on takvim günü önce size yazılı bildirim verilmesi gerekmektedir. Hizmet koordinatörünüz, bir sonraki adımları belirlemek için bir IFSP toplantısı planlamak üzere sizinle iletişime geçecektir.

Ohio Erken Müdahale, çocuğunuz ve aileniz için bir veya daha fazla EI hizmetinin sonlandırılmasını önermektedir. Önerilen değişikliğin ayrıntıları

Önerilen değişikliğin nedeni

Önerilen değişiklik tarihi (bugünün tarihinden itibaren en az 10 gün önce)

Bu aksiyona yönelik herhangi bir sorunuz varsa, lütfen olabildiğince hızlı bir şekilde benimle iletişime geçiniz.

EI Hizmet Koordinatörü adı

EI Hizmet Koordinatörü iletişim bilgileri

Ebeveyn olarak, bir takım anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahipsiniz. Ohio Erken Müdahale Ebeveyn Hakları broşürünüzün (ohioearlyintervention.org/printed-materials) bir kopyasını ekte bulabilirsiniz. Herhangi bir sorunuz varsa, lütfen aşağıdaki iletişim bilgilerini kullanarak EI hizmet koordinatörünüze ulaşın:

EI Hizmet Koordinatörü adı

EI Hizmet Koordinatörü iletişim bilgileri

Süre Sınırından Feragat (isteğe bağlı)

Önerilen işlemten önceki 10 takvim günü içerisinde yazılı bildirim alma hakkım olduğunu biliyorum ve bu hakkımdan feragat ettiğimi onaylıyorum.

Ebeveyn baş harfleri

Tarih

(tarih) (isim/rol)

bu bildirimin ve onay formunun bir kopyası ebeveyn(ler)e
☐ iletilmiştir ☐ posta ☐ e-posta.
şahsen yoluyla yoluyla

Bu form EI Hizmet Koordinatörü dışında biri tarafından doldurulursa, EI hizmet sağlayıcısı, bildirimin ebeveyne verilmesinden itibaren beş takvim günü içinde formun bir kopyasını EI Hizmet Koordinatörüne göndermelidir.



**Department of
Children & Youth**
Help Me Grow Early Intervention

El-12 Formu

Çocuğun adı

Çocuğun doğum tarihi

Ebeveyn adı

ETID numarası

Teşhis Edilen Hastalığın Belgelendirilmesi

Bu formun, çocuğumun teşhisi ve gelişimine etkisiyle ilgili belgelerin elde edilmesi amacıyla sağlık profesyoneliime gönderilmesine onay veriyorum.

Ebeveynin

Tari

Sayın sağlık uzmanı — Engelli Bireyler Eğitim Yasası'nın (IDEA) C Bölümü kapsamındaki eyalet ve federal uygunluk gereksinimleri doğrultusunda, çoğu tıbbi teşhis Erken Müdahale (EI) kapsamına alınabilmek için otomatik olarak uygunluk sağlamamaktadır. Ancak, zihinsel veya fiziksel durumları teşhis ve tedavi etme yetkisine sahip bir uzman, belirli bir çocuk için teşhis edilen bir durumun gelişimsel gecikmeye yol açma olasılığını değerlendirebilir. Sonrasında EI ekibi, çocuğun program ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla kapsamlı bir değerlendirme gerçekleştirecektir. **Bu form kullanılarak EI uygunluğunun belirlenebilmesi için tüm alanlar eksiksiz doldurulmalıdır.**

Lütfen çocuğunuza konan özel teşhisi yandaki kutuya yazınız. Lütfen "genel gecikme", "gelişimsel gecikme" veya "konuşma sorunları" gibi gelişimsel endişelerinizi buraya dahil **etmeyin**.

☐ Çocuğumun tıbbi durumunun aşağıdaki gelişimsel alanlardan en az birinde bir gelişimsel gecikmeye yol açabileceğinden şüpheleniyorum (geçerli tüm seçenekleri seçin)

☐ İletişim

☐ Sosyal/duygusal

☐ Motor

☐ Uyumluluk/öz bakım/bağımsızlık

☐ Görme

☐ Bilişsel/problem çözme

☐ İşitme

☐ Diğer (belirtiniz) _____

Yorumlar (isteğe bağlı)

☐ Bu çocuğun tıbbi durumunun bir gelişimsel gecikmeye yol açabileceğini düşünmeme yol açacak bir nedenim **yok**. Ancak, uygunluğun belirlenmesi için ebeveynin ve çocuğun gelişimsel değerlendirme talep etme hakkı olduğunu biliyorum.

Zihinsel veya Fiziksel Durumları Teşhis ve Tedavi Etme Lisansına Sahip Uzman

İsim

Lisans türü

Telefon

İmza

E-posta

Tarih

Lütfen bu formu EI Hizmet Koordinatörüne teslim edin

EI Hizmet Koordinatörü adı

Faks numarası

E-posta



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Sadece EI Hizmet Koordinatörü içindir

Formun alındığı tarih _____

El-13 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı doğum tarihi

Çocuğun

ETID numarası

Ebeveyn ad(lar)ı

Bireyselleştirilmiş Aile Hizmet Planı (IFSP) Toplantı Bildirimi

Toplantımızın amaçları şunlardır:

- ☐ Durum tespiti tamamlayıp başlangıç IFSP'sini planlayana kadar geçici bir IFSP geliştirmek
- ☐ Uygunluk ve durum tespit bilgilerini gözden geçirmek ve ilk (başlangıç) IFSP'sini geliştirmek
- ☐ IFSP'de belirlenen sonuçların elde edilmesine yönelik ne kadar ilerleme kaydedildiğini belirlemek için periyodik IFSP incelemesi gerçekleştirmek ve sonuçlarda ya da IFSP'de belirlenen Erken Müdahale hizmetlerinde herhangi bir değişiklik ya da revizyon yapılması gerekip gerekmediğini tespit etmek
- ☐ Durum tespit bilgilerini incelemek ve yıllık IFSP geliştirmek
- ☐ Bu IFSP toplantısı geçiş planlama konferansını içerecektir.

IFSP toplantısının aşağıda belirtildiği şekilde yapılması kabul edildi:

Tarih

Saat

Yer

Ayrıca, IFSP toplantısına aşağıdaki Erken Müdahale hizmet sağlayıcıları davet edilmiştir. Bu bildirimin bir kopyası bu kişilere gönderilecektir.

Ad, görev ve kurum

Ad, görev ve kurum

Ad, görev ve kurum

Ad, görev ve kurum

IFSP toplantısına katılmaları için aşağıdaki kişilerin davet edilmesini talep ettiniz: Bu bildirimin bir kopyası bu kişilere gönderilecektir.

İsim, rol veya ilişki

İsim, rol veya ilişki

İsim, rol veya ilişki

İsim, rol veya ilişki

Herhangi bir sorunuz varsa veya bu toplantıya ilişkin herhangi bir şeyi değiştirmek isterseniz lütfen El hizmet koordinatörünüz olarak benimle iletişime geçiniz:

El Hizmet Koordinatörü adı

El Hizmet Koordinatörü iletişim bilgileri



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

El-14 Formu

Uzman Müracaat Takibi

Bugünün tarihi	Müracaat edilen çocuğun adı doğum tarihi	Çocuğun	El programına başvuru tarihi
Başvuru yapan uzmanın adı	Kurum adı	Uzman veya kurumun iletişim bilgileri	

- ☐ El programı, çocuğun başvuru durumu hakkında bilgi paylaşmak için ebeveynin onayını almamıştır. Daha fazla bilgi için lütfen aileyle iletişime geçiniz.
- ☐ Ebeveynle iletişim kurmak için gerçekleşen girişimler başarısız oldu. Ebeveynin güncel iletişim bilgilerine sahipseniz lütfen bizimle paylaşınız.

Ebeveyn aşağıdaki bilgilerin paylaşılmasına izin vermiştir:

- | | |
|--|--|
| ☐ Ebeveyn Ohio Erken Müdahale (EI) hizmetlerini reddetmiştir. | ☐ Gelişimsel bir tarama yapılmıştır ve çocukta bir gecikme veya engellilik olduğundan şüphelenilmemektedir. |
| ☐ Çocuk Ohio EI için uygundur ve | |
| ☐ IFSP geliştirilmiştir. | Diğer: |
| ☐ Çocuk değerlendirilmiş ve Ohio EI için uygun bulunmamıştır. | |

Hizmet koordinatörüm, çocuğumun Erken Müdahale (EI) başvuru durumunu paylaşmamla ilgili tüm hususlar konusunda beni bilgilendirmiş ve onay verme de dahil olmak üzere tüm ebeveynlik haklarımı açıklamıştır. Ohio EI Ebeveyn Hakları broşürünün ohioearlyintervention.org/printed-materials bir kopyasına sahibim. Herhangi bir EI şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum. Çocuğumun müracaat durumuna yönelik tüm bilgileri yönlendirmeyi yapan uzmanla paylaşmayı kabul ediyorum ve onaylıyorum.

Ebeveyn ad(lar)ı	Ebeveyn imza(ları)	Tarih
------------------	--------------------	-------

Ohio Erken Müdahale müracaatınız için teşekkür eder! Dilediğiniz zaman 1-800-755-4769 numaralı telefondan Merkezi Alım ile iletişime geçerek veya www.ohioearlyintervention.org adresi üzerinden yeniden başvuru yapabilirsiniz.



**Department of
Children & Youth**
Help Me Grow Early Intervention

El-15 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı doğum tarihi

Çocuğun

ETID numarası

Ebeveynin Erken Müdahale Hizmetleri İçin Ödeme Gücünü Belirleme

Belgelendirme (yalnızca bir seçenek seçilmelidir)

☐

(A) Ohio Medicaid kartı

☐

(B) Ohio WIC kartı

☐

(C) Ebeveyn geliri

Ebevey baş
harfleri

Gelir bilgilerimi sağlamanın, El Hizmet Koordinatörünün başka gelir bazlı kaynaklara uygun olup olmadığını belirlemesine olanak tanıdığını anlıyorum. Ancak, finansal bilgilerimi paylaşmamayı tercih ettim ve OAC 5123-10-03 (D) uyarınca, ilk kamu tarafından finanse edilen 100 birimin ötesindeki erken müdahale hizmetlerinin maliyetini ödemekten sorumlu olacağımı anlıyorum.

Ebeveyn geliri: ☐ Haftalık (52) ☐ İki haftada bir (26) ☐ Aylık (12) ☐ İki ayda bir (24) Aile boyu: _____

Maaş makbuzu tarih(ler)i _____

Brüt tutar(lar) _____

Ebeveyn geliri: ☐ Haftalık (52) ☐ İki haftada bir (26) ☐ Aylık (12) ☐ İki ayda bir (24) Aile boyu: _____

Maaş makbuzu tarih(ler)i _____

Brüt tutar(lar) _____

Toplam yıllık gelir: _____

Ailenin geliri sigortasız çocuklar için Sağlıklı Başlangıç Uygunluğu miktarının altında ya da bu miktara eşit mi? (%206 FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

Evet ☐

Hayır ☐

OAC 5123:2-10-03 (D) uyarınca ebeveyn tarafından sağlanan belgeleri gördüm, inceledim ve ebeveynin

Erken Müdahale hizmetlerini ödeme gücünün ☐ olmadığını ☐ olduğunu tespit ettim.

El Hizmet Koordinatörü adı

Tarih

El Hizmet Koordinatörü imzası

Bu formu doldurmak için kullanılan bilgileri gözden geçirdim ve Hizmet Koordinatörüm bana El hizmetleri için ödeme gücümün olup olmadığını nasıl belirlendiğini bana açıkladı. Ohio Erken Müdahale Ödeme Sistemi broşürünün (ohioearlyintervention.org/printed-materials) bir kopyasına sahibim. Herhangi bir El şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum.

Ebeveyn adı

Ebeveyn imzası

Tarih



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

El-16 Formu

Sadece eyalet kullanımı içindir:

El-16 tarihi:

İnceleyen:

CMACS No:

CMACS'a girildi:

E-posta gönderildi:

Bugünün tarihi

Çocuğun adı

ETID numarası

Çocuğun doğum tarihi

Erken Müdahale (EI) Hizmetleri Ödemesi

Ebeveynin adı			Ebeveynin adı		
Adres			Adres		
Şehir	Eyalet	Posta Kodu	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
Sosyal Güvenlik Numarası	Yakınlık		Sosyal Güvenlik Numarası	Yakınlık	
Ev telefonu	İş telefonu		Ev telefonu	İş telefonu	
El Hizmet Koordinatörün adı			El Hizmet Koordinatörü e-postası		

Sağlayıcı kurumun adı:

Vilayet:

Ödeme yapılabilecek mi? ☐ Evet ☐ Hayır

Çocuğun cinsiyeti: ☐ Erkek ☐ Kız

Ailenin kamu veya özel sigorta kullanımına onayı var mı? ☐ Evet (lütfen EI-05'i ekleyiniz) ☐ Hayır

Hizmetler doğal ortamda mı veriliyor? ☐ Evet ☐ Hayır

En son ilk/yıllık IFSP Tarihi:

Önerilen IFSP Erken Müdahale Hizmetleri (gerekirse ek sayfa ekleyiniz)

IFSP türü: ☐ Başlangıç ☐ Yıllık ☐ Periyodik ☐ EI-16 Yeniden Sunum

Önerilen Hizmetleri İşaretleyin	EI Hizmeti	Sıklık (örn: 8 x 45 dakika /180 gün)	IFSP İmza Tarih	IFSP Bitiş Tarih	Sadece Eyalet Kullanımı İçindir	
					SVC Kategorisi	Birimler
☐	Değerlendirme/Ölçme				43 ☐ 07 ☐	
	Ekip/IFSP toplantıları				EICAT1	
☐	Konuşma/MT Beslenme Terapisi				ST	
☐	Konuşma				THER	
☐	OT					
☐	PT					
Teklif ekli mi?	Yardımcı Teknoloji					
☐	Listelenmeyen EI hizmeti:					

Sadece Eyalet kullanımı içindir



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

El-17 Formu

Bugünün tarihi Çocuğun adı doğum tarihi Çocuğun ETID Numarası

Özel Tıbbi Giderler Çalışma Sayfası

Ebeveynin Ad(lar):

Ebeveyn Geliri: ☐ Haftalık (52) ☐ İki haftada bir (26) ☐ Aylık (12) ☐ İki ayda bir (24) Aile boyu:

Maaş Makbuzu Tarih(ler)i

Brüt Miktar(lar)

Ebeveyn Geliri: ☐ Haftalık (52) ☐ İki haftada bir (26) ☐ Aylık (12) ☐ İki ayda bir (24) Aile boyu:

Maaş Makbuzu Tarih(ler)i

Brüt Miktar(lar)

Toplam Yıllık Gelir:

Aile gelirinin Federal Yoksulluk Seviyesi (FPL) %210-401 veya daha yüksek olduğu durumlara ilişkin hesaplamalara <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> adresinden ulaşabilirsiniz.

Toplam Yıllık Gelir X EME = Cepten Ödenen Tıbbi Gider

ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı tarafından belirlenen ve resmi gazetede yayınlanan en güncel federal yoksulluk düzeyine dayanarak tahmini cepten ödenecek tıbbi giderleri hesapladım ve bu bilgileri ebeveyn ile paylaştım. DCY bu bilgileri ailenin özel tıbbi harcamalarını nihai olarak belirlemek için kullanacaktır.

El Hizmet Koordinatörü Adı

Tarih

El Hizmet Koordinatörü İmzası



Department of
Children & Youth
Help Me Grow Early Intervention