

تاریخ امروز

اسم طفل

تاریخ تولد طفل

شماره ETID

## اطلاعیه قبلی کتبی و رضایت برای بررسی رشدی

بررسی رشدی برای تشخیص اینکه آیا طفل شما مشکوک به تاخیر رشدی است یا خیر استفاده می شود. بررسی شامل جمع آوری معلومات از شما، والد (پدر یا مادر)، و دیگران که شما انتخاب می کنید، و استفاده از یک وسیله بررسی که تمام بخش های رشد را پوشش میدهد، می گردد. ممکن است شامل مشاهده طفل شما نیز شود. شما می توانید بدون در نظر داشت نتیجه بررسی در هر زمان یک ارزیابی رشدی را درخواست کنید. یک اطلاعیه کتبی باید حداقل 10 روز قبل از بررسی به شما ارائه شود.

همانگ کننده خدمات من مرا از تمام معلومات مرتبط به بررسی رشدی مطلع ساخته و حقوق والد را بشمول دادن رضایت توضیح داده است. من یک کاپی بروشور حقوق والد مداخله اولیه اوهایو (EI) دارم ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) من درک می کنم که اگر شکایت EI داشته باشم گزینه های حل منازعه را دارم. من بررسی رشدی طفل خود را درک می کنم و به آن رضایت می دهم. من درک می کنم که رضایت من داوطلبانه است و در هر زمان میتواند پس گرفته شود.

معافیت از ضرب الاجل (اختیاری)

من درک می کنم و موافقت می کنم که از حق خود برای دریافت اطلاعیه کتبی 10 روز قبل از فعالیت پیشنهادی صرف نظر کنم.

حرف اول نام و تخلص والدین)

تاریخ

تاریخ

امضا(های) والد

نام(های) والد



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

## اطلاعیه قبلی کتبی و رضایت برای ارزیابی و بررسی های رشدی

ارزیابی رشدی توسط یک تیم مداخله زودهنگام (EI) - یک یا بیشتر افراد مسلکی- انجام می شود تا واجد شرایط بودن طفل شما را زمانیکه هیچ حالت طبی واجد شرایط تایید شده وجود نداشته باشد، تعیین کند.

ارزیابی طفل شما، که معمولاً در عین زمان انجام می شود، به معنی درک اشتراک طفل شما در روال ها و فعالیت های روزانه خانواده شما است. ارزیابی و بررسی شامل موارد ذیل می شود:

- یک مرور سوابق مرتبط، بشمول سوابق طبی که شما موافقت می کنید تا آن را نشر کنید
- مشاهده شخصی طفل شما
- معلومات از شما در مورد رشد طفل تان، بشمول اشتراک طفل تان در روال ها و فعالیت های روزانه
- استفاده از ابزار(های) ارزیابی و بررسی که معلومات را در مورد رشد طفل شما در ارتباطات، تطبیقی/مراقبت از خود، اجتماعی/عاطفی، شناختی/تفکر/حل مشکل، حرکتی/حرکت، بینایی و شنوایی فراهم می سازد

در جریان بررسی هدایت شده توسط خانواده، شما نگرانی ها و اولویت های خود را برای شامل ساختن موفقانه طفل خود در فعالیت های روزانه خود به اشتراک می گذارید. شما در مورد منابع احتمالی که دارید یا ممکن نیاز داشته باشید تا در حمایت از رشد طفل تان کمک کند بحث خواهید کرد.

اگر طفل شما واجد شرایط باشد، معلومات ارزیابی و بررسی طفل شما و ارزیابی هدایت شده توسط خانواده برای توسعه پلان خدمات انفرادی خانواده و برای تعیین اینکه کدام خدمات EI برای حمایت از شما و طفل شما نیاز است استفاده می شود. اطلاعیه کتبی باید حداقل 10 روز تقویمی قبل از ارزیابی و بررسی به شما ارائه شود.

ما پیشنهاد می کنیم که (همه چیزهای که قابل اجراء است را نشانی کنید):

- واجد شرایط بودن طفل تان را برای EI با انجام یک ارزیابی رشدی شناسایی کنید
- نقاط قوت و نیازهای طفل تان را از طریق یک ارزیابی رشدی شناسایی کنید
- نگرانی ها، اولویت ها، و منابع مرتبط به حمایت از رشد طفل تان را از طریق یک بررسی هدایت شده توسط خانواده شناسایی کنید

معافیت از ضرب الاجل (اختیاری)  
من درک می کنم و موافقت می کنم  
که از حق خود برای دریافت اطلاعیه  
کتبی صرف نظر کنم  
10 روز تقویمی قبل از فعالیت

حرف اول نام و تخلص والد(ین)

تاریخ

همانگ کننده خدمات من مرا از تمام معلومات مرتبط به ارزیابی و/یا بررسی طفل من و همچنان ارزیابی هدایت شده توسط خانواده مطلع ساخته و حقوق والدین من را بشمول دادن رضایت توضیح داده است. من یک کاپی بروشور حقوق والدین مداخله زودهنگام اوهایو دارم ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). من درک می کنم که در صورت داشتن شکایت از EI، گزینه های حل اختلاف دارم. من درک می کنم که برای اینکه طفل من در سیستم EI خدمت گردد، واجد شرایط بودن باید مشخص گردد و بررسی طفل من تکمیل گردد. من همچنان درک می کنم که تصمیم من در مورد بررسی هدایت شده توسط خانواده بالای واجد شرایط بودن طفل من برای دریافت خدمات EI تاثیر نمی گذارد. من درک می کنم که رضایت من داوطلبانه است و در هر زمان میتواند پس گرفته شود.

من با \_\_\_ ارزیابی طفل خود \_\_\_ ارزیابی بررسی هدایت شده توسط خانواده \_\_\_ طفل ام رضایت می دهم.  
(حرف اول نام و تخلص) (حرف اول نام و تخلص) (حرف اول نام و تخلص)

تاریخ

امضا(های) والد

نام(های) والد



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

شماره ETID

نام (های) والدین

تاریخ تولد طفل

اسم طفل

تاریخ امروز

## اطلاعیه کتبی قبلی در مورد تعیین واجد شرایط بودن

تاریخ تعیین واجد شرایط بودن

سن تعدیل شده (در صورت تطبیق)

سن طفل

دلیل (ها) برای ارجاع

### وضعیت واجد شرایط بودن

طفل شما به دلیل داشتن یک حالت جسمی یا روانی تشخیص داده شده که به احتمال زیاد باعث تأخیر در رشد می شود، برای برنامه مداخله زودهنگام Ohio یا (EI) واجد شرایط است.

حالت تشخیص شده:

اسناد استفاده شده برای تایید تشخیص:

(\* اگر طفلتان به دلیل یک حالت تشخیص شده برای برنامه مداخله زودهنگام (EI) واجد شرایط باشد، بخش باقی مانده این صفحه و صفحه 2 تکمیل نخواهد شد.)

طفل شما به دلیل تأخیر در رشد، که توسط تیم ارزیابی مداخله زودهنگام (EI) تعیین شده است، برای برنامه مداخله زودهنگام Ohio یا (EI) واجد شرایط است، از طریق \*\*

نمرات ابزار ارزیابی یا  نظر کلینیکی مبتنی بر آگاهی، در ساحت (های) ذیل:

ارتباط بیانی  اجتماعی/عاطفی  انطباقی  مهارت های حرکتی ظریف

ارتباط دریافتی  شناخت  مهارت های حرکتی درشت

طفل شما برای برنامه مداخله زودهنگام اوهایو (EI) واجد شرایط نیست. طفل شما توسط یک تیم چندرشته ای ارزیابی شد و بر اساس نمرات ارزیابی و نظر کلینیکی تیم، هیچ تأخیری نشان داده نمی شود. \*\*

تاریخ تکمیل

### روش های مورد استفاده برای تعیین وضعیت واجد شرایط بودن

(\*\* فقط در صورتی تکمیل شود که طفل از طریق تأخیر در رشد واجد شرایط باشد یا واجد شرایط نباشد)

بررسی سابقه طفل از طریق اسناد طبی/آموزشی/سایر مدارک

بررسی سابقه طفل از طریق مصاحبه با والدین/خانواده

مشاهده

ابزار ارزیابی

مقیاس های Bayley برای رشد نوزادان و اطفال نوپا

فهرست رشد Battelle

چک لیست بتل

چک لیست بینایی

سایر (اختیاری):



## خلاصه ای از یافته های ارزیابی

## اعضای تیم ارزیابی چندرشته‌ای

<p>رشته:</p> <p><input type="checkbox"/> آسیب‌شناس گفتار و زبان</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص کاردرمانی</p> <p><input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست</p> <p><input type="checkbox"/> نرس</p> <p><input type="checkbox"/> سایر: _____</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص رشد</p> <p><input type="checkbox"/> معلم صنف آمادگی/کودکستان</p> <p><input type="checkbox"/> کارمند اجتماعی</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص بینایی</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص شنوایی</p>	<p>نام ارزیابی کننده:</p> <p>تلیفون:</p> <p>ایمیل آدرس:</p>
<p>رشته:</p> <p><input type="checkbox"/> آسیب شناس گفتار و زبان</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص کاردرمانی</p> <p><input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست</p> <p><input type="checkbox"/> نرس</p> <p><input type="checkbox"/> سایر: _____</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص رشد</p> <p><input type="checkbox"/> معلم صنف آمادگی/کودکستان</p> <p><input type="checkbox"/> کارمند اجتماعی</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص بینایی</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص شنوایی</p>	<p>نام ارزیابی کننده:</p> <p>تلیفون:</p> <p>ایمیل آدرس:</p>
<p>رشته:</p> <p><input type="checkbox"/> پاتالوژیست گفتار و زبان</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص کاردرمانی</p> <p><input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست</p> <p><input type="checkbox"/> نرس</p> <p><input type="checkbox"/> سایر: _____</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص رشد</p> <p><input type="checkbox"/> معلم صنف آمادگی/کودکستان</p> <p><input type="checkbox"/> کارمند اجتماعی</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص بینایی</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص شنوایی</p>	<p>نام ارزیابی کننده:</p> <p>تلیفون:</p> <p>ایمیل آدرس:</p>

**اگر فرزند شما واجد شرایط برای مداخله زود هنگام اوهایو است:**

Ohio EI پیشنهاد می کند که با شما کار کند تا یک طرح خدمات خانواده فردی (IFSP) را توسعه دهد، از جمله "نتایج" (یا اهداف) و خدمات مداخله زود هنگام مورد نیاز برای پاسخگویی به این نتایج. هنگامی که Ohio EI تعیین می کند که فرزند شما واجد شرایط است، شما باید اطلاع نوشته شده از قبل را حداقل ده روز تقویم، قبل از شروع و یا تغییر خدمات EI، که به طرح خانواده شما در جریان جلسه IFSP اضافه خواهد شد، دریافت کنید. در صورت تمایل، شما قادر خواهید بود ده روز تقویم قبل از شروع یک خدمت EI در بخش 6 IFSP چشم پوشی کنید. هماهنگ کننده خدمات EI شما با شما کار خواهد کرد تا یک جلسه IFSP را برنامه ریزی کند.

نام هماهنگ کننده خدمات

شماره تلفن

ایمیل آدرس

**اگر فرزند شما واجد شرایط برای مداخله زود هنگام Ohio نیست:**

این به این معنی است که فرزند شما در حال حاضر مهارت ها و رفتارهای شبیه به کودکان هم سن را نشان میدهد.

اوهایو EI پیشنهاد می کند که فرزندتان را از سیستم EI زودتر از 10 روز از تاریخ این اطلاع خارج کنید. در صندوق های زیر، تیم ارزیابی شما توصیه هایی را برای ارتقای رشد فرزند و حمایت های بالقوه جامعه و منابعی که ممکن است برای خانواده شما مفید باشد، ارائه کرده است.

به عنوان والدین، شما گزینه های حل اختلاف را در دسترس دارید. یک کاپی از بروشور EI حقوق والدین شما محصور شده است. لطفا با هماهنگ کننده خدمات EI خود در صورت داشتن هر گونه سوال یا عدم موافقت در این مورد، تماس بگیرید. شما همچنین می توانید با هماهنگ کننده خدمات تماس بگیرید اگر شما نگرانی های جدید در مورد رشد فرزند خود قبل از سن سه سالگی دارید.

نام هماهنگ کننده خدمات

شماره تلفن

ایمیل آدرس

پشتیبانی جامعه و منابع که ممکن است مورد علاقه باشد:

ایده ها و پیشنهادات برای ارتقای رشد فرزند شما:



شماره ETID	_____ دوره ای <input type="checkbox"/> _____ دوره ای <input type="checkbox"/> _____ ابتدایی <input type="checkbox"/>	نوعیت و IFSP تاریخ
	_____ دوره ای <input checked="" type="checkbox"/> TPC _____ دوره ای <input checked="" type="checkbox"/> _____ سالانه <input type="checkbox"/>	

**بخش 1: معلومات طفل و خانواده**

نام اطفال؟	تخلص	لقب	تاریخ تولد
زبان هایی که با طفل صحبت می شود	ترجمان نیاز است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	نژاد و قومیت طفل	مکتب پاحیه سکونت طفل
نام والدین	آدرس	آدرس	طفل زندگی میکند با؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
رابطه با طفل اگر والدین بیولوژیکی یا فرزندخوانده نباشد	تلفون: موبایل (C) خانه (H); وظیفه (W)	روش ترجیحی تماس <input type="checkbox"/> تماس <input type="checkbox"/> ایمیل آدرس <input type="checkbox"/> متن	ایمیل آدرس
ایمیل آدرس	وقت ترجیحی تماس	وقت ترجیحی تماس	وقت ترجیحی تماس
نام والدین	آدرس	آدرس	طفل زندگی میکند با؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
رابطه با طفل اگر والدین بیولوژیکی یا فرزندخوانده نباشد	تلفون: موبایل (C) خانه (H); وظیفه (W)	روش ترجیحی تماس <input type="checkbox"/> تماس <input type="checkbox"/> ایمیل آدرس <input type="checkbox"/> متن	ایمیل آدرس
ایمیل آدرس	وقت ترجیحی تماس	وقت ترجیحی تماس	وقت ترجیحی تماس

سایر معلومات مهم فامیل (هر موردی که می‌خواهید تیم شما در مورد فرهنگ، باورهای معنوی یا شرایط زندگی خانواده‌تان بدانند)

**بخش 2: معلومات درباره هماهنگ‌کننده خدمات مداخله زود هنگام**

هماهنگ‌کننده خدمات مداخله زود هنگام (EI) به‌عنوان یگانه نقطه تماس شما، مسئولیت پیشبرد فعالیت‌های ذیل را در جریان مشارکت شما در برنامه EI بر عهده دارد. این شامل موارد ذیل می‌شود:

- توضیح و تضمین حقوق شما در برنامه مداخله زود هنگام (EI)
- هماهنگی برای تعیین واجد شرایط بودن ابتدایی طفل شما
- هماهنگی جلسات نقشه خدمات انفرادی برای خانواده (IFSP) در چارچوب زمان‌بندی تعیین‌شده، از جمله جلساتی که به درخواست شما برگزار می‌شوند
- همکاری با تیم IFSP در تدوین اهدافی که عملی بوده و بازتاب‌دهنده نگرانی‌ها و اولویت‌های شما باشند
- همکاری با شما در شناسایی، دریافت، تمویل و نظارت بر خدمات مورد نیاز مداخله زود هنگام (EI)
- همکاری با شما در یافتن و برقراری ارتباط با سایر منابع و حمایت‌هایی که نیاز دارید یا می‌خواهید
- هماهنگی برای تدوین یک طرح انتقالی قبل از سن سه‌سالگی

نام هماهنگ‌کننده خدمات مداخله زود هنگام (EI)	تلفون	ایمیل
نام اداره	نام سرپرست و معلومات تماس	

## بخش 3: ارزیابی طفل و فامیل

## تاریخ تکمیل:

ارزیابی طفل

ارزیابی تحت رهنمایی خانواده

در جریان ارزیابی طفل و خانواده شما، تیم ارزیابی معلومات را از منابع گوناگون جمع‌آوری نموده است. این معلومات در صفحات بعدی خلاصه شده و به‌عنوان اساس برای تدوین اهداف و شناسایی راهکارها و فعالیت‌ها جهت رسیدگی به نیازهای طفل و خانواده شما استفاده خواهد شد.

## تاریخ تکمیل

## فعالیت‌های ذیل مربوط به ارزیابی طفل باید انجام شده یا مورد بازبینی قرار گرفته باشند

- مرور اسناد واجد شرایط بودن
- بررسی سابقه طفل از طریق اسناد طبی/آموزشی/سایر مدارک
- بررسی سابقه طفل از طریق مصاحبه با والدین/فامیل
- جمع‌آوری معلومات از سرپرستان، اعضای فامیل و/یا سایر افراد به‌منظور درک کامل توانایی‌ها و نیازهای ویژه طفل
- تعیین سطح عملکرد طفل در چارچوب فعالیت‌ها و روال روزانه فامیل شما
- چک لیست شنوایی
- چک لیست بینایی
- سایر موارد (اختیاری):

## خلاصه سابقه طفل

این خلاصه شامل معلومات مرتبطی است که از طریق مصاحبه والدین و اسناد طبی، تعلیمی یا سایر مدارک به‌دست آمده است. این معلومات مواردی مانند سابقه ولادت، سن حمل، وضعیت یا تشخیص‌های طبی، مریضی‌ها، بستری شدن در شفاخانه، دواها، وضعیت یا معاینات شنوایی و بینایی، نیازهای تغذیوی/غذایی و سایر معلومات مربوط به رشد و انکشاف را در بر می‌گیرد.

### خلاصه فعالیت‌ها و روال روزانه زندگی

آسان‌ترین یا لذت‌بخش‌ترین اوقات روز با طفلتان

فعالیت/روال	چه کسی دخیل است؟	چه چیزی باعث می‌شود که فعالیت/روال به خوبی پیش برود؟

دشوارترین یا نا امید کننده‌ترین اوقات روز با طفلتان

فعالیت/روال	چه کسی دخیل است؟	چه چیزی باعث دشوار شدن فعالیت/روال می‌شود؟

### خلاصه رشد طفلتان

اطفال مهارت‌های خود را در سه حوزه عملی انکشاف می‌دهند که به عنوان "سه نتیجه رشد طفل" شناخته می‌شوند: (1) توسعه مهارت‌های اجتماعی-عاطفی مثبت؛ (2) کسب و استفاده از دانش و مهارت. و (3) اقدام مناسب برای رفع نیازهای آنها. تیم شما معلومات را از طریق مشاهدات، مصاحبه خانواده، بررسی اسناد طفلتان و همچنان معلوماتی که شما در مورد مشارکت طفلتان در فعالیت‌ها و روال خانوادگی ارائه کرده‌اید، گردآوری کرده است. این خلاصه‌ها از سطوح فعلی رشد طفلتان، نشان‌دهنده توانایی‌ها و نیازهای ویژه او در مقایسه با همسالانش می‌باشند. این لینک اطلاعات بیشتری در مورد تجزیه و تحلیل مهارت‌های عملکردی برای [هر یک از سه نتیجه طفلیت ارائه می‌دهد](#).

## توسعه مهارت های اجتماعی-عاطفی مثبت

این خلاصه بیان‌کننده چگونگی تعامل و بازی طفلان با خانواده، سایر بزرگسالان و دیگر اطفال است. این شامل موارد ذیل می‌شود: (1) ابراز محبت به اعضای فامیل، (2) درک و استفاده از نام خود و نام‌های دیگران، (3) گفتن سلام و خداحافظی، (4) بازی با بزرگسالان و اطفال آشنا و ناآشنا، (5) ابراز مالکیت اسباب‌بازی‌ها و شریک کردن آن‌ها با دیگران، (6) نشان دادن احساسات و آرام شدن هنگام ناراحتی و (7) مشارکت در قواعد اجتماعی و بازی‌ها، مانند دالی بازی، خواندن آهنگ‌ها، رقصیدن، بازی‌های تخیلی و رعایت نوبت.

برای IFSP سالانه و هنگام خروج – آیا طفلان از زمان آخرین ارزیابی خلاصه نتایج طفل، مهارت‌ها یا رفتارهای جدیدی را در ارتباط با انکشاف مهارت‌های مثبت اجتماعی-عاطفی نشان داده است؟

بلی  نخیر

## بیانیه درجه‌بندی خلاصه نتایج طفل (COS) – - در مقایسه با همسالان خود، طفلان:

- |                          |   |                          |  |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | در این بخش، مهارت‌هایی را استفاده می‌کند که بیشتر متناسب به یک طفل خردسال‌تر است.   | <input type="checkbox"/> | گاهی از مهارت‌های متناسب با سن خود استفاده می‌کند. در این بخش، مهارت‌هایشان بیشتر شبیه یک طفل خردسال‌تر است.                               |
| <input type="checkbox"/> | برخی از مهارت‌های ابتدایی را که برای انکشاف مهارت‌های متناسب با سن ضروری‌اند، استفاده می‌کند. در این بخش، هنوز از مهارت‌های متناسب با سن خود استفاده نمی‌کند.   | <input type="checkbox"/> | بسیاری از مهارت‌های متناسب با سن مهارت‌های متناسب با سن خود را استفاده می‌کند. در این بخش، برخی از مهارت‌هایشان شبیه یک طفل خردسال‌تر است. |
| <input type="checkbox"/> | بسیاری از مهارت‌های ابتدایی را که برای انکشاف مهارت‌های متناسب با سن ضروری‌اند، استفاده می‌کند. در این بخش، هنوز از مهارت‌های متناسب با سن خود استفاده نمی‌کند. | <input type="checkbox"/> | از مهارت‌هایی که در این بخش انتظار می‌رود، استفاده می‌کند. با این‌حال، امکان نگرانی وجود دارد.   |
| <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> | از تمام مهارت‌هایی که در این بخش انتظار می‌رود، استفاده می‌کند.  |

## کسب و به کارگیری فهم و مهارت

این خلاصه بیان‌کننده چگونگی بازی، یادگیری مهارت‌های جدید و ابراز دانسته‌های طفلان که از دیگران می‌آموزد. این شامل چگونگی مشاهده و یادگیری از دیگران (1)، حل مشکلات (2)، تحلیل معلومات جدید (3)، مشارکت در بازی‌های هدفمند (4)، "خواندن" کتاب‌ها (5)، درک دستورالعمل‌ها (6) و استفاده از اشارات، کلمات یا علایم برای بیان موضوعات درباره جهان و پاسخ به پرسش‌ها (7) می‌شود.

برای IFSP سالانه و هنگام خروج – آیا طفلان از زمان آخرین ارزیابی خلاصه نتایج طفل، مهارت‌ها یا رفتارهای جدیدی را در ارتباط با کسب و استفاده از مهارت‌های علمی نشان داده است؟  بلی  نخیر

## بیانیه درجه‌بندی خلاصه نتایج طفل (COS) – - در مقایسه با همسالان خود، طفلان:

- |                          |   |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | در این بخش، مهارت‌هایی را استفاده می‌کند که بیشتر متناسب به یک طفل خردسال‌تر است.   | <input type="checkbox"/> | گاهی از مهارت‌های متناسب با سن خود استفاده می‌کند. در این بخش، مهارت‌هایشان بیشتر شبیه یک طفل خردسال‌تر است.        |
| <input type="checkbox"/> | برخی از مهارت‌های ابتدایی را که برای انکشاف مهارت‌های متناسب با سن ضروری‌اند، استفاده می‌کند. در این بخش، هنوز از مهارت‌های متناسب با سن خود استفاده نمی‌کند.   | <input type="checkbox"/> | بسیاری از مهارت‌های متناسب با سن خود را استفاده می‌کند. در این بخش، برخی از مهارت‌هایشان شبیه یک طفل خردسال‌تر است. |
| <input type="checkbox"/> | بسیاری از مهارت‌های ابتدایی را که برای انکشاف مهارت‌های متناسب با سن ضروری‌اند، استفاده می‌کند. در این بخش، هنوز از مهارت‌های متناسب با سن خود استفاده نمی‌کند. | <input type="checkbox"/> | از مهارت‌هایی که در این بخش انتظار می‌رود، استفاده می‌کند. با این‌حال، امکان نگرانی وجود دارد.                      |
| <input type="checkbox"/> | از تمام مهارت‌هایی که در این بخش انتظار می‌رود، استفاده می‌کند.   |                          |   |

## استفاده از اقدام مناسب برای رفع نیازها

این خلاصه بیان‌کننده چگونگی حرکت هدفمند طفلان، کمک به مراقبت از خود و ابراز خواسته‌ها و نیازهایشان است. این شامل چگونگی حرکت از یک مکان به مکان دیگر (1)، خوردن و نوشیدن (2)، مشارکت در لباس پوشیدن و درآوردن لباس (3)، خوابیدن در هنگام استراحت روزانه و شبانه (4)، مشارکت در حمام کردن، بستن و درآوردن پمپ، و استفاده از تشناب (5)، پیروی از دستورالعمل‌های محافظتی (6) و ابراز خواسته‌ها و نیازهایشان به دیگران (7) می‌شود.

برای IFSP سالانه و هنگام خروج – آیا طفلان از زمان آخرین ارزیابی خلاصه نتایج طفل، مهارت‌ها یا رفتارهای جدیدی را در ارتباط با انجام اقدامات مناسب برای برآورده ساختن نیازهایشان نشان داده است؟  بلی  نخیر

## بیانیه درجه‌بندی خلاصه نتایج طفل (COS) – در مقایسه با همسالان خود، طفلان:

- |                          |   |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | در این بخش، مهارت‌هایی را استفاده می‌کند که بیشتر متناسب به یک طفل خردسال‌تر است.   | <input type="checkbox"/> | گاهی از مهارت‌های متناسب با سن خود استفاده می‌کند. در این بخش، مهارت‌هایشان بیشتر شبیه یک طفل خردسال‌تر است.        |
| <input type="checkbox"/> | برخی از مهارت‌های ابتدایی را که برای انکشاف مهارت‌های متناسب با سن ضروری‌اند، استفاده می‌کند. در این بخش، هنوز از مهارت‌های متناسب با سن خود استفاده نمی‌کند.   | <input type="checkbox"/> | بسیاری از مهارت‌های متناسب با سن خود را استفاده می‌کند. در این بخش، برخی از مهارت‌هایشان شبیه یک طفل خردسال‌تر است. |
| <input type="checkbox"/> | بسیاری از مهارت‌های ابتدایی را که برای انکشاف مهارت‌های متناسب با سن ضروری‌اند، استفاده می‌کند. در این بخش، هنوز از مهارت‌های متناسب با سن خود استفاده نمی‌کند. | <input type="checkbox"/> | از مهارت‌هایی که در این بخش انتظار می‌رود، استفاده می‌کند. با این‌حال، امکان نگرانی وجود دارد.                      |
| <input type="checkbox"/> | از تمام مهارت‌هایی که در این بخش انتظار می‌رود، استفاده می‌کند.   | <input type="checkbox"/> |   |

**خلاصه ارزیابی تحت رهنمایی خانواده (FDA)**

ارزیابی تحت رهنمایی  
خانواده (FDA) انجام شده  
توسط:

**نگرانی های خانواده**

این خلاصه بیان کننده نگرانی ها، مشکلات یا چالش هایی است که طفل و/یا خانواده تان در جریان روال و فعالیت های روزانه تجربه می کنند و رسیدگی به آن ها توسط تیم مداخله زود هنگام (EI) می تواند مفید باشد.

**منابع خانواده:**

این خلاصه بیان کننده منابعی است که طفل و خانواده تان برای حمایت در اختیار دارند، از جمله افراد، فعالیت ها، برنامه ها یا سازمان ها، همچنان منابعی که در حال حاضر ندارید اما می خواهید داشته باشید یا می توانید از آن ها بهره مند شوید.

**اولویت های فامیل:**

این خلاصه بیان کننده مهارت ها، فعالیت ها و/یا منابع مشخصی است که می خواهید طفلتان و/یا خانواده تان در نتیجه دریافت خدمات مداخله زود هنگام کسب کنند.

## بخش 4: نتایج طفل و فامیل تان

این بخش نتیجه موردنظر برای طفل یا خانواده را براساس آنچه که می‌خواهید به دست آورید مشخص می‌کند، همچنان مراحل را که برای رسیدن به این نتیجه باید طی شوند، تعیین می‌نماید. این نتیجه براساس معلوماتی که شما در جریان ارزیابی (های) طفل و خانواده درباره زندگی روزمره خانوادگی‌تان ارائه کرده‌اید، تدوین شده است. هر نتیجه IFSP باید به زبانی نوشته شود که برای همه به‌آسانی قابل درک باشد و به‌اندازه کافی جزئیات داشته باشد تا تمام اعضای تیم بدانند که چه زمانی به دست آمده است. نتایج باید براساس آنچه که می‌خواهید در فعالیت‌های خانوادگی‌تان به‌عنوان نتیجه حمایت‌ها و خدمات مداخله زودهنگام (EI) اتفاق بیفتد، تعیین شوند.

شماره نتیجه:	این نتیجه طفل مربوط است به:	توسعه روابط اجتماعی مثبت <input type="checkbox"/>	کسب و استفاده از مهارت‌ها و معلومات جدید <input type="checkbox"/>	اقدام برای رفع نیاز خود <input type="checkbox"/>	این نتیجه خانواده مربوط است به: <input type="checkbox"/>	سلامتی خانواده، مشارکت خانواده یا دسترسی به معلومات <input type="checkbox"/>
تاریخ افزودن نتیجه:	نتیجه:					

وضعیت فعلی در رابطه با این نتیجه چگونه است؟

استراتژی‌ها: چه گام‌ها و فعالیت‌هایی، از جمله چه کسی و چه زمانی، به ما در رسیدن به نتیجه IFSP کمک می‌کنند؟

حمایت‌هایی که در حال حاضر برای دستیابی به این نتیجه در دسترس داریم (رسمی و طبیعی، شامل خدماتی که توسط مداخله زودهنگام ارائه نمی‌شوند).

مرور این نتیجه: بررسی IFSP باید حداقل هر شش ماه یکبار انجام شود، اما ممکن زودتر نیز صورت گیرد.

نتیجه بررسی:

تاریخ بررسی:

نتیجه برآورده شد  نتیجه ادامه:  نتیجه تجدید بررسی  نتیجه دیگر اولویت ندارد

نگرانی‌ها یا رویدادهای جدید که بر این نتیجه تأثیر می‌گذارند:

پیشرفتی که در راستای دستیابی به این نتیجه حاصل شده است:

استراتژی‌های به روز شده:

## بخش 4: نتایج طفل و فامیل تان

این بخش نتیجه موردنظر برای طفل یا خانواده را براساس آنچه که می‌خواهید به دست آورید مشخص می‌کند، همچنان مراحل را که برای رسیدن به این نتیجه باید طی شوند، تعیین می‌نماید. این نتیجه براساس معلوماتی که شما در جریان ارزیابی (های) طفل و خانواده درباره زندگی روزمره خانوادگی‌تان ارائه کرده‌اید، تدوین شده است. هر نتیجه IFSP باید به زبانی نوشته شود که برای همه به‌آسانی قابل درک باشد و به‌اندازه کافی جزئیات داشته باشد تا تمام اعضای تیم بدانند که چه زمانی به دست آمده است. نتایج باید براساس آنچه که می‌خواهید در فعالیت‌های خانوادگی‌تان به‌عنوان نتیجه حمایت‌ها و خدمات مداخله زود هنگام (EI) رخ دهد، تعیین شوند.

شماره نتیجه:	این نتیجه طفل مربوط است به:	توسعه روابط اجتماعی مثبت <input type="checkbox"/>	کسب و استفاده از مهارت‌ها و معلومات جدید <input type="checkbox"/>	اقدام برای رفع نیاز خود <input type="checkbox"/>	این نتیجه خانواده مربوط است به: <input type="checkbox"/>	سلامتی خانواده، مشارکت خانواده یا دسترسی به معلومات <input type="checkbox"/>
تاریخ افزودن نتیجه:						

نتیجه:

وضعیت فعلی در رابطه با این نتیجه چگونه است؟

استراتژی‌ها: چه گام‌ها و فعالیت‌هایی، از جمله چه کسی و چه زمانی، به ما در رسیدن به نتیجه IFSP کمک می‌کنند؟

حمایت‌هایی که در حال حاضر برای دستیابی به این نتیجه در دسترس داریم (رسمی و طبیعی، شامل خدماتی که توسط مداخله زود هنگام ارائه نمی‌شوند).

مرور این نتیجه: بررسی IFSP باید حداقل هر شش ماه یکبار انجام شود، اما ممکن زودتر نیز صورت گیرد. شما می‌توانید در هر زمان درخواست بازبینی IFSP را بدهید.

نتیجه بررسی:

تاریخ بررسی:

 نتیجه برآورده شد  نتیجه ادامه: نتیجه تجدید بررسی نتیجه دیگر اولویت ندارد

نگرانی‌ها یا رویدادهای جدید که بر این نتیجه تأثیر می‌گذارند:

پیشرفتی که در راستای دستیابی به این نتیجه حاصل شده است:

استراتژی‌های به روز شده:

## بخش 4: نتایج طفل و فامیل تان

این بخش نتیجه مورد نظر برای طفل یا خانواده را بر اساس آنچه که می‌خواهید به دست آورید مشخص می‌کند، همچنان مراحل را که برای رسیدن به این نتیجه باید طی شوند، تعیین می‌نماید. این نتیجه بر اساس معلوماتی که شما در جریان ارزیابی (های) طفل و خانواده درباره زندگی روزمره خانوادگی تان ارائه کرده‌اید، تدوین شده است. هر نتیجه IFSP باید به زبانی نوشته شود که برای همه به‌آسانی قابل درک باشد و به اندازه کافی جزئیات داشته باشد تا تمام اعضای تیم بدانند که چه زمانی به دست آمده است. نتایج باید بر اساس آنچه که می‌خواهید در فعالیت‌های خانوادگی تان به‌عنوان پیامد حمایت‌ها و خدمات مداخله زود هنگام (EI) رخ دهد، تعیین شوند.

شماره نتیجه:	این نتیجه طفل مربوط است به:	توسعه روابط اجتماعی مثبت <input type="checkbox"/>	کسب و استفاده از مهارت‌ها و معلومات جدید <input type="checkbox"/>	اقدام برای رفع نیاز خود <input type="checkbox"/>	این نتیجه خانواده مربوط است به: <input type="checkbox"/>	سلامتی خانواده، مشارکت خانواده یا دسترسی به معلومات <input type="checkbox"/>
تاریخ افزودن نتیجه:						

نتیجه:

وضعیت فعلی در رابطه با این نتیجه چگونه است؟

استراتژی‌ها: چه گام‌ها و فعالیت‌هایی، از جمله چه کسی و چه زمانی، به ما در رسیدن به نتیجه IFSP کمک می‌کنند؟

حمایت‌هایی که در حال حاضر برای دستیابی به این نتیجه در دسترس داریم (رسمی و طبیعی، شامل خدماتی که توسط مداخله زود هنگام ارائه نمی‌شوند).

مرور این نتیجه: بررسی IFSP باید حداقل هر شش ماه یکبار انجام شود، اما ممکن زودتر نیز صورت گیرد. شما می‌توانید در هر زمان درخواست بازبینی IFSP را بدهید.

نتیجه بررسی:

تاریخ بررسی:

نتیجه برآورده شد  نتیجه ادامه:  نتیجه تجدید بررسی  نتیجه دیگر اولویت ندارد

نگرانی‌ها یا رویدادهای جدید که بر این نتیجه تأثیر می‌گذارند:

پیشرفتی که در راستای دستیابی به این نتیجه حاصل شده است:

استراتژی‌های به روز شده:

## بخش 5: نقشه انتقالی طفلان و خانواده‌تان

حمایت‌ها و خدمات ارائه‌شده از طریق مداخله زودهنگام با رسیدن طفل به سن سه‌سالگی خاتمه می‌یابد. این بخش به‌عنوان نقشه انتقالی شما عمل کرده و نیازهای انتقالی طفل و خانواده را مشخص می‌سازد، همچنین مراحل و فعالیت‌های مورد نیاز را برای تسهیل این انتقال از مداخله زودهنگام (EI) به روان‌ترین شکل ممکن تعیین می‌کند. تیم شما با شما همکاری خواهد کرد تا یک نقشه انتقالی را تدوین کنید و در شناسایی حمایت‌ها یا خدمات احتمالی جامعه که می‌تواند برای طفل و خانواده‌تان مفید باشد، کمک نماید.

نقشه شما بین 9 ماه ( ) و 90 روز ( ) قبل از سومین سالروز تولد طفلان تدوین خواهد شد.

تاریخ

تاریخ

اگر طفلان در مدت (90) روز مانده به سومین سالروز تولدش به مداخله زودهنگام (EI) معرفی شده باشد، نقشه انتقالی شما در جلسه ابتدایی IFSP تدوین خواهد شد.

این روند برنامه‌ریزی شامل موارد ذیل خواهد بود:

- گفتگو با شما در مورد نیازهای آینده طفل و خانواده‌تان، خدمات و مکان‌های احتمالی آینده و جزئیاتی که ممکن در مورد این گزینه‌های خدماتی نیاز داشته باشید.
- مراحل آماده‌سازی طفلان برای تغییر در ارائه خدمات، از جمله اقداماتی که به او کمک می‌کند تا با محیط جدید سازگار شده و در آن به‌خوبی فعالیت کند. این ممکن شامل مواردی مانند یادگیری سوار شدن به بس مکتب، جدا شدن از اعضای خانواده، یا کسب و استفاده از وسایل کمکی ارتباطی یا سایر تکنالوژی‌های حمایتی در محیط جدید باشد.
- تعیین مراحل و فعالیت‌های انتقالی و هر اقدام دیگری که تیم IFSP برای حمایت از روند انتقال ضروری بداند.
- با رضایت شما (در فورم EI-07 رضایت برای کنفرانس برنامه‌ریزی انتقال)، کنفرانس برنامه‌ریزی انتقال (TPC) با هر ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی که به‌عنوان منبع احتمالی مشخص کرده‌اید، برگزار خواهد شد.

در حالی که نام طفل، تاریخ تولد و معلومات تماس شما قبلاً با حوزه تعلیمی مربوطه شریک ساخته شده است، کنفرانس برنامه‌ریزی انتقال (TPC) فرصتی برای شماسست تا معلومات بیشتری را شریک ساخته و دریافت کنید. اگر طفلان ممکن در سن سه‌سالگی واجد شرایط خدمات آموزشی ویژه در پیش‌مکتب باشد، این روند برنامه‌ریزی همچنان شامل گفت‌وگو با شما در مورد نقش حوزه تعلیمی، روند دریافت رضایت شما برای شریک‌سازی کاپی آخرین ارزیابی‌ها، سنجش‌ها و IFSP با حوزه تعلیمی، و دعوت نماینده آن به کنفرانس برنامه‌ریزی انتقال خواهد بود.

تاریخ تدوین نتیجه انتقال همراه با مراحل و خدمات:

منابع، مکان‌ها و/یا خدمات احتمالی آینده:

شماره نتیجه:

نتیجه انتقال طفلان: طفلان برای یک انتقال هموار به چه نیاز خواهد داشت؟

کدام مراحل و فعالیت‌ها، از جمله مسنولیت چه کسی و در چه زمانی، به ما کمک خواهند کرد تا به این نتیجه برسیم؟

این نتیجه انتقال به این موارد  توسعه روابط اجتماعی مثبت.  کسب و استفاده از مهارت‌ها و معلومات جدید.  اقدام برای رفع نیاز خود.

شماره نتیجه:

نتیجه انتقال خانواده: برای حمایت از طفلان در این روند انتقال، به چه چیزهایی نیاز خواهید داشت؟

کدام مراحل و فعالیت‌ها، از جمله مسنولیت چه کسی و در چه زمانی، به ما کمک خواهند کرد تا به این نتیجه برسیم؟

بازبینی نتیجه (نتایج) انتقال: بررسی IFSP باید حداقل هر شش ماه یکبار انجام شود، اما ممکن زودتر نیز صورت گیرد. شما می‌توانید در هر زمان درخواست بازبینی IFSP را بدهید.

نتیجه بازبینی برای نتیجه انتقال طفل:

نتیجه برآورده شد  نتیجه ادامه:

نتیجه تجدید بررسی

نتیجه دیگر اولویت ندارد

تاریخ بررسی:

نتیجه بازبینی برای نتیجه انتقال خانواده:

نتیجه برآورده شد  نتیجه ادامه:

نتیجه تجدید بررسی

نتیجه دیگر اولویت ندارد

نگرانی‌ها یا رویدادهای جدیدی که بر این نتایج تأثیر می‌گذارند:

پیشرفت حاصل‌شده در راستای دستیابی به این نتایج:

استراتژی‌ها، مراحل و فعالیت‌های به‌روزرسانی‌شده:

## بخش 6: خدمات مداخله زودهنگام

خدمات مداخله زودهنگام ممکن است توسط ارائه‌دهنده خدمات اولیه (PSP) یا ارائه‌دهنده خدمات ثانویه (SSP) ارائه شوند. ارائه‌دهنده خدمات اولیه (PSP) در تمامی ملاقات‌ها مستقیماً از خانواده حمایت کرده، در راستای دستیابی به نتایج تعیین‌شده کمک می‌کند و به ترویج یادگیری و رشد طفل می‌پردازد. ارائه‌دهندگان خدمات ثانویه (SSP) به‌صورت دوره‌ای از طریق ملاقات‌های مشترک، ارائه‌دهنده خدمات اولیه (PSP) و خانواده را در دستیابی به نتایج IFSP حمایت می‌کنند. ملاقات‌های مشترک بر اساس نیازهای ارائه‌دهنده خدمات اولیه (PSP) و خانواده، به تعداد دفعات مورد نیاز انجام می‌شوند. علاوه بر ارائه‌دهنده (یا ارائه‌دهندگان) اصلی شما، همواره یک تیم کامل از ارائه‌دهندگان خدمات مداخله زودهنگام (EI) در دسترس است تا از خانواده شما حمایت کند.

با استفاده از تمامی اطلاعات موجود، تیم IFSP خدمات ذیل مداخله زودهنگام (EI) را برای حمایت از اهداف ما تعیین کرده است:

## تاریخ IFSP:

شماره (های) نتیجه	پیش بینی شده تاریخ پایان	تاریخ پیش‌بینی‌شده آغاز	منبع تمویل	اداره ارائه‌کننده خدمات	مدت زمان نشست	فرکانس یا تکرار	موقعیت	روش	نوعیت خدمات EI
									PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>
									PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>
									PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>
									PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>
									PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>

محل: خانه (H) جامعه (C)؛ سایر موارد (O)

روش: حضوری (P) تکنالوجی (T)

\* اگر هرگونه خدمت جدید یا تغییر یافته پیش‌بینی شود که ظرف 10 روز پس از این نشست IFSP اجرا گردد، لطفاً به بخش "معافیت از ضرب‌الاجل" در بخش 8 سند IFSP مراجعه کنید.

توضیح در مورد این‌که چرا برخی از خدمات EI نمی‌توانند در یک محیط طبیعی ارائه شوند:

اقداماتی که هماهنگ‌کننده خدمات EI و خانواده روی دست خواهند گرفت، شامل تاریخ پیش‌بینی‌شده، جهت انتقال خدمات به یک محیط طبیعی:

خدمات EI مورد نیاز که تاکنون هماهنگ نشده‌اند:

اقداماتی که هماهنگ‌کننده خدمات EI شما برای تنظیم خدمات مورد نیاز EI روی دست خواهد گرفت:

موعد دریافت به‌موقع  
خدمات (TRS):

## بخش 7: مشارکت تیم

علاوه بر سهم ارزنده شما در تدوین این IFSP، افراد ذیل نیز در تعیین واجد شرایط بودن، ارزیابی و/یا توسعه IFSP اشتراک داشتند:

نام هماهنگ‌کننده خدمات EI:	
تلفیون:	ایمیل آدرس:
<b>نام:</b> <b>تلفیون:</b> <b>ایمیل آدرس:</b> <b>نقش:</b> <input type="checkbox"/> ارزیاب/سنجش‌کننده <input type="checkbox"/> فراهم‌کننده	<b>رشته:</b> <input type="checkbox"/> متخصص رشد <input type="checkbox"/> معلم صنف آمادگی/کردستان <input type="checkbox"/> کارمند اجتماعی <input type="checkbox"/> متخصص بینایی <input type="checkbox"/> متخصص شنوایی <input type="checkbox"/> پاتالوژیست گفتار و زبان <input type="checkbox"/> متخصص کاردرمانی <input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست <input type="checkbox"/> نرس <input type="checkbox"/> سایر:
<b>نام:</b> <b>تلفیون:</b> <b>ایمیل آدرس:</b> <b>نقش:</b> <input type="checkbox"/> ارزیاب / ارزیابی‌کننده <input type="checkbox"/> فراهم‌کننده	<b>رشته:</b> <input type="checkbox"/> متخصص رشد <input type="checkbox"/> معلم صنف آمادگی/کردستان <input type="checkbox"/> کارمند اجتماعی <input type="checkbox"/> متخصص بینایی <input type="checkbox"/> متخصص شنوایی <input type="checkbox"/> پاتالوژیست گفتار و زبان <input type="checkbox"/> متخصص کاردرمانی <input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست <input type="checkbox"/> نرس <input type="checkbox"/> سایر:
<b>نام:</b> <b>تلفیون:</b> <b>ایمیل آدرس:</b> <b>نقش:</b> <input type="checkbox"/> ارزیاب / ارزیابی‌کننده <input type="checkbox"/> فراهم‌کننده	<b>رشته:</b> <input type="checkbox"/> متخصص رشد <input type="checkbox"/> معلم صنف آمادگی/کردستان <input type="checkbox"/> کارمند اجتماعی <input type="checkbox"/> متخصص بینایی <input type="checkbox"/> متخصص شنوایی <input type="checkbox"/> پاتالوژیست گفتار و زبان <input type="checkbox"/> متخصص کاردرمانی <input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست <input type="checkbox"/> نرس <input type="checkbox"/> سایر:
<b>نام:</b> <b>تلفیون:</b> <b>ایمیل آدرس:</b> <b>نقش:</b> <input type="checkbox"/> ارزیاب / ارزیابی‌کننده <input type="checkbox"/> فراهم‌کننده	<b>رشته:</b> <input type="checkbox"/> متخصص رشد <input type="checkbox"/> معلم صنف آمادگی/کردستان <input type="checkbox"/> کارمند اجتماعی <input type="checkbox"/> متخصص بینایی <input type="checkbox"/> متخصص شنوایی <input type="checkbox"/> پاتالوژیست گفتار و زبان <input type="checkbox"/> متخصص کاردرمانی <input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست <input type="checkbox"/> نرس <input type="checkbox"/> سایر:

اسم های سایر اشتراک کنندگان

نقش/رابطه با خانواده


## بخش 8: اطلاعیه کتبی قبلی و رضایت برای خدمات EIEI

## رضایت والدین

من با ارائه این خدمات مداخله زودهنگام که در این IFSP توضیح داده شده است، موافق هستم. من در تدوین این IFSP مشارکت داشته‌ام و به‌طور کامل آگاه شده‌ام و تمام معلومات مربوط به ارائه خدمات مداخله زودهنگام که در این IFSP توضیح داده شده است را درک می‌کنم. من یک کاپی از بروشر حقوق والدین مداخله بهنگام Ohio دارم و از حقوق خود برای دادن رضایت آگاه هستم. اگر شکایت مداخله بهنگام داشته باشم، می‌دانم که گزینه‌های حل اختلاف دارم.

من درک می‌کنم که هرگاه یکی از ارائه‌دهندگان خدمات مداخله زودهنگام (EI) اوهایو پیشنهاد کند یا توصیه نماید که یک خدمت EI برای خانواده و طفلم آغاز (شروع) شود یا تغییر کند، من باید حداقل ده روز تقویمی پیش از آغاز یا تغییر آن خدمت، اطلاعیه کتبی قبلی دریافت کنم. من درک می‌کنم که این IFSP به‌عنوان اطلاعیه کتبی قبلی در مورد خدمات پیشنهادی مداخله زودهنگام محسوب می‌شود و جزئیات مربوط به آغاز یا تغییر پیشنهادی خدمات در بخش 6 IFSP توضیح داده شده است. اطلاعیه کتبی قبلی اضافی برای خدمتی که قبلاً با استفاده از فورم EI-11 پیشنهاد شده بود که خاتمه یابد، قبل از این نشست IFSP ضروری نیست.

## معافیت از ضرب‌الاجل (اختیاری)

من درک می‌کنم و موافق هستم که از حق خود برای دریافت اطلاعیه کتبی 10 روز تقویمی قبل از تغییر یا آغاز یک خدمت EI صرف‌نظر کنم.

تاریخ

حروف ابتدایی والدین

تاریخ

امضای والدین

نام والدین

تاریخ

امضای والدین

نام والدین

## رضایت هماهنگ‌کننده و ارائه‌دهنده خدمات EI

ما تأیید می‌کنیم که نتایج بازتاب‌دهنده اولویت‌ها و نگرانی‌های خانواده هستند و خدمات EI از این نتایج حمایت می‌کنند. آن نتایج ما موافق هستیم که این IFSP را به گونه‌ای تطبیق کنیم که توانایی خانواده را در کمک به طفل شان برای مشارکت و آموختن از فعالیت‌های روزمره، تا حد امکان حمایت کند.

تاریخ

امضاء

تخصص

نام

هماهنگ‌کننده خدمات EI

تاریخ امروز

اسم طفل

تاریخ تولد طفل

شماره ETID

## رضایت به استفاده از بیمه برای خدمات مداخله زود هنگام

استفاده از بیمه خصوصی

هماهنگ کننده خدمات من قانون "سیستم پرداخت" و هر گونه هزینه های احتمالی را که ممکن است من در هنگام استفاده از بیمه خصوصی خود برای پرداخت خدمات مداخله زود هنگام متحمل شوم، مانند پرداخت های مشترک، معافیت، حق بیمه و یا هزینه های طویل مدت مانند از دست دادن مزایای به دلیل پوشش سالانه یا مادام العمر بیمه درمانی از بیمه نامه توضیح داده است. من اطلاع رسانی کتبی از این هزینه های احتمالی و حقوق من دریافت کرده ام. من می دانم که وقتی به استفاده از بیمه خصوصی خود موافقت نمایم، دولت پرداخت های مشترک و معافیت را برای 100 واحد اول خدمات مداخله زود هنگام در یک سال IFSP پرداخت میکند اگر من مصمم باشم که بتوانم پرداخت نمایم. دولت پرداخت های مشترک و معافیت را برای واحد اول خدمات مداخله زود هنگام در یک سال IFSP پرداخت میکند اگر من مصمم باشم که بتوانم پرداخت نمایم.

من رضایت خود را برای صورتحساب بیمه خصوصی من برای مداخله زود هنگام (EI)  بلی  نخیر  من بیمه خصوصی ندارم می دهم

شماره بیمه نامه اولیه	تاریخ آغاز	تاریخ پایان
نام شرکت بیمه صحی	نام بیمه شده	
شماره بیمه نامه ثانویه	تاریخ آغاز	تاریخ پایان
نام شرکت بیمه صحی	نام بیمه شده	

نام (های) والدین امضای (های) والدین تاریخ

استفاده از بیمه عمومی

هماهنگ کننده خدمات من سیستم مداخله زود هنگام قانون پرداخت را توضیح داده است. من اطلاع رسانی کتبی از حقوق خود دریافت کرده ام و می دانم که هیچ هزینه های احتمالی برای استفاده از مزایای Medicaid من برای خدمات EI وجود ندارد.

من رضایت خود را برای به اشتراک گذاری معلومات شناسایی کننده شخصی فرزندم (معلوماتی که برای شناسایی فرزندم استفاده می شود) با ارائه دهنده خدمات مداخله زود هنگام در IFSP و اداره دولتی Medicaid برای مقاصد صدور بل اعلام می کنم.

بلی  نخیر  فرزند من بیمه Medicaid ندارد

دریافت کننده Medicaid / شماره صدور بل

تاریخ

امضای والدین (ها)

نام والدین (ها)



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

## رضایت برای به اشتراک گذاری معلومات

شما، والدین، به هر بخشی از دوسیه مداخله زودهنگام (EI) فرزندتان دسترسی دارید. سوابق EI به معنای تمام سوابق مربوط به فرزند شما است که تحت قانون فدرال، بخش C قانون تعلیم افراد دارای معلولیت، جمع آوری، نگهداری یا استفاده می شوند.

به جز نام فرزندتان، تاریخ تولد و معلومات تماس شما که با حوزه تعلیمی مکتب شما به اشتراک گذاشته می شود، معلومات EI شما بدون اجازه شما نمی تواند با هیچ شخص یا نهادی خارج از سیستم EI به اشتراک گذاشته شود. با اجازه شما، معلومات می تواند به صورت شفاهی یا کتبی به اشتراک گذاشته شود. شما می توانید تصمیم بگیرید چه معلوماتی را می خواهید یا چه معلوماتی را نمی خواهید به اشتراک بگذارید. زمانی که اجازه انتشار یا تبادل معلومات را بدهید، یک کاپی از فورم به اداره یا شخص مربوطه ارسال خواهد شد. رضایت والدین به دلایل محدود خاصی ضرور نیست. لطفاً برای این دلایل به بروشور حقوق والدین خود مراجعه کنید.

من به برنامه مداخله زودهنگام اوهایو (Ohio Early Intervention) اجازه می دهم که با نهاد یا

اشخاص ذیل به اشتراک یا تبادل بگذارد:

معلومات تماس (در صورت وجود):

معلومات ذیل در رابطه با فرزند/من:

پلان خدمات فردی فامیل (Individualized Family Service Plan (IFSP))

پادداشت های دوسیه EI

نتایج تعیین واجد شرایط بودن

کلیه سوابق EI

سایر موارد (مشخص کنید)

با استفاده از رویه های ذیل:

اسناد کاغذی

ایمیل/فکس/آپلود دیجیتال

حضوری

تلفون/پیام/ویدیو

هدف از به اشتراک گذاری یا تبادل معلومات کمک به موارد ذیل می باشد:

تعیین واجد شرایط بودن برای Ohio EI

انکشاف IFSP

انتقال از EI به پروگرام آمادگی مکتب یا سایر پروگرام های اجتماعی

خدمات و انکشاف طفل

سایر موارد (مشخص کنید)

در صورت وجود، هرگونه محدودیت در انتشار یا تبادل معلومات را شرح دهید:

این رضایت تا این تاریخ مدار اعتبار است:

تا تاریخ تولد سه سالگی فرزندم

از  تا

همه‌هاگ کننده خدمات یا ارائه دهنده EI به من راجع به کلیه معلومات مرتبط با به اشتراک گذاری یا تبادل معلومات را اطلاع داده و حق و حقوق والدین را تشریح نموده است، من جمله دادن رضایت. من یک کاپی از بروشور حقوق والدین برنامه مداخله زودهنگام اوهایو (Ohio Early Intervention (EI)) را در اختیار دارم. ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). من آگاه هستم در صورت داشتن شکایت از EI، گزینه های حل اختلاف دارم. من آگاه هستم و با به اشتراک گذاری یا تبادل معلومات فرزندم موافقت می نمایم. من درک می‌کنم که با وجود این‌که با تبادل معلومات موافقت می‌نمایم، سایر ادارات غیر از مداخله زودهنگام ممکن است برای افشای معلومات، فورمه‌های جداگانه خود را مطالبه نمایند.

امضا (های) والد/والدین

نام والد/والدین

تاریخ

اگر این فورمه توسط فردی غیر از همه‌هاگ کننده خدمات EI تکمیل شود، ارائه دهنده EI باید یک کاپی از آن را به همه‌هاگ کننده خدمات EI طرف پنج روز تقویمی پس از رضایت نامه امضا شده ارسال کنند.



**Department of Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

تاریخ امروز

اسم طفل

تاریخ تولد طفل

شماره ETID

## رضایت برای کنفرانس پلانگذاری انتقالی (TPC)

قبل از اینکه طفل شما سه (3) ساله شود و شما مداخله زودهنگام را ترک کنید، یک کنفرانس پلانگذاری ریزی در برنامه ریزی اینکه چگونه ما می توانیم به شما در انتقال از مداخله زودهنگام به خدمات و حمایت های که طفل شما در سن 3 سالگی واجد شرایط دریافت آن باشد کمک کنیم می کند. این کنفرانس باید حداقل 90 روز، مگر نه زودتر از 9 ماه، قبل از سالگه 3 سالگی طفل شما برگزار گردد. قبل از تنظیم این جلسه، شما و تیم EI شما ممکن دیگران را بشمول هر ارائه کننده خدمات اجتماعی که می خواهید به این جلسه دعوت کنید، شناسایی کنید.

من برای تنظیم یک TPC رضایت میدهم

من برای تنظیم یک TPC رضایت نمیدهم

اگر طفل شما ممکن برای خدمات تعلیمات خاص مکتب آمادگی واجد شرایط باشد، ناحیه تعلیمی محلی شما مسؤل ارائه آن خدمات خواهد بود. مفید است که نماینده ناحیه تعلیمی خود را دعوت کنید شخصی که پروسه تعیین واجد شرایط بودن تعلیمات خاص مکتب آمادگی "بخش B" را توضیح خواهد داد. سایر ارائه کنندگان خدمات اجتماعی نیز ممکن به این جلسه دعوت شوند.

من رضایت میدهم تا نماینده ناحیه تعلیمی را به TPC خود دعوت کنم

من رضایت دعوت نماینده ناحیه تعلیمی را به TPC خود نمی دهم

اگر شما، با تیم EI تان، باور دارید که طفل تان به صورت بالقوه واجد شرایط خدمات تعلیمات خاص مکتب آمادگی نیست یا شما نمی خواهید که ناحیه تعلیمی تان را دعوت کنید، ما می توانیم یک کنفرانس پلانگذاری انتقال را با هر ارائه کننده خدمات اجتماعی دیگر که شما به عنوان منابع بالقوه شناسایی کرده اید، برنامه ریزی کنیم.

نام(های) والد

امضا(های) والد

تاریخ



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

تاریخ امروز

اسم طفل

تاریخ تولد طفل

شماره ETID

## رضایت برای ارجاع طفل به اداره تعلیمی محلی و اداره تعلیم و نیروی کار اوهایو (Department of Education and Workforce (DEW))

مداخله زودهنگام اوهایو (EI) اخیراً یک ارجاع را برای طفل شما دریافت کرده است. بخاطریکه EI یک برنامه برای اطفال دارای تاخیر رشدی و معلولیت ها از تولد تا سن سه سالگی است، طفل شما به سن سه سالگی خیلی نزدیک است تا EI واجد شرایط بودن طفل شما را تعیین کند. اما، اگر شما مشکوک باشید که طفل شما ممکن یک تاخیر رشدی یا معلولیت داشته باشد، طفل شما ممکن بر اساس بخش B قانون آموزش افراد دارای معلولیت واجد شرایط خدمات تعلیمات خاص مکتب آمادگی باشد.

شما میتوانید با ناحیه تعلیمی تان خود تان تماس بگیریید تا یک ارجاع را انجام دهید.

اگر شما می خواهید که EI با ناحیه تعلیمی تان تماس بگیرد تا یک ارجاع را انجام دهد، ما باید رضایت شما را بدست بیاوریم. با رضایت شما، ما از این فورمه برای فراهم ساختن معلومات تماس شما و نام و تاریخ تولد طفل تان به ناحیه تعلیمی تان که مسؤل تعلیم طفل شما است، و به ODEW استفاده خواهیم کرد.

من کاملاً مطلع شده ام و درک می کنم که معلومات تماس من و نام طفل من با ناحیه تعلیمی محلی من و با ODEW به اشتراک گذاشته خواهد شد. من یک کاپی بروشور حقوق والد مداخله زودهنگام اوهایو را ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) با این فورمه دریافت کرده ام. من درک می کنم که اگر شکایت EI داشته باشم گزینه های حل اختلاف را دارم. من به EI رضایت می دهم که نام و تاریخ تولد طفل من و معلومات تماس من را به ناحیه تعلیمی و ODEW بدهد.

نام(های) والد

امضا(های) والد

تاریخ

آدرس سرک والد

آدرس ایمیل والد

شماره تلیفون والد

شهر والد، ایالت، کد پستی

\*بعد از اینکه امضاء والد بدست آمد، این فورمه امضاء شده باید به [EI@childrenandyouth.ohio.gov](mailto:EI@childrenandyouth.ohio.gov) ایمیل گردد تا اطمینان حاصل گردد که ارجاع تکمیل شده است.



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

تاریخ امروز

اسم طفل

تاریخ تولد طفل

شماره ETID

نام(های) والد

## اطلاعیه قبلی کتبی خروج

مداخله زودهنگام اوهایو (EI) پیشنهاد می کند که خدمات EI را برای شما و طفل تان به پایان برساند. اوهایو EI یک کاپی ریکارد طفل شما را تا نهمین سالگه طفل شما حفظ خواهد کرد. شما حق دارید تا سوابق طفل تان را مرور یا درخواست کنید. مداخله زودهنگام اوهایو پیشنهاد می کند که طفل شما را از سیستم EI زودتر از 10 روز تقویمی از تاریخ این اطلاعیه به دلایل ذیل خارج کنید:

- نتایج IFSP طفل شما برآورده شده است، و تیم تشخیص داد که هیچ نتایج IFSP اضافی نیاز نیست.
- شما به ما اطلاع دهید که در این وقت دیگر علاقمند یا قادر به اشتراک در خدمات EI نیستید.
- ما نتوانسته ایم با شما تماس بگیریم. اگر شما بازهم علاقمند دریافت خدمات EI هستید، لطفاً در جریان ده روز تقویمی از این اطلاعیه با هماهنگ کننده خدمات EI خود تماس بگیرید.
- طفل شما قبل از سن سه سالگی با یک IEP به خدمات بخش B انتقال یافت.
- طفل شما بررسی شده بود و مشکوک به داشتن تاخیر رشدی یا معلولیت نبود. شما می توانید در هر زمان با تماس گرفتن با هماهنگ کننده خدمات EI تان یک ارزیابی را درخواست کنید.
- ارزیابی یا بررسی مورد نیاز تکمیل نشده بود.
- طفل شما موارد واجد شرایط بودن برای خدمات EI را برآورده نمی سازد.
- طفل شما از ایالت اوهایو خارج شد.

تاریخ پیشنهادی خروج:

نظریات:

منحیث والد، شما گزینه های حل اختلاف را در دسترس دارید. یک کاپی از بروشور حقوق والد EI ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) ضمیمه است. اگر شما بازهم علاقمند دریافت خدمات مداخله زودهنگام هستید یا باور دارید که دلیل خروج طفل تان واضح یا نادرست است، لطفاً با من تماس بگیرید.

معلومات از ایجاد نتایج معنادار تماس هماهنگ کننده خدمات EI

نام هماهنگ کننده خدمات EI

شما میتوانید رشد طفل تانرا اینجا ردیابی کنید - [www.helpmegrow.org/ASQ](http://www.helpmegrow.org/ASQ). شما می توانید در هر زمانی قبل از اینکه فرزندتان سه ساله شود، با تماس گرفتن با Central Intake به شماره 1-800-755-4769 یا با مراجعه به [www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org) دوباره مراجعه کنید.



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

تاریخ امروز

اسم طفل

تاریخ تولد طفل

شماره ETID

نام(های) والد

## اطلاع کتبی قبلی در مورد تغییر پیشنهادی در خدمات

خدمات مداخله زودهنگام (EI) اوهایو از طریق پروسه پلان خدمات خانواده فردی (IFSP) تعیین می‌شوند. اطلاع رسانی کتبی قبلی برای این خدمات از طریق فورمه IFSP در جلسه IFSP ارائه می‌شود. اما، هنگامی که هر ارائه دهنده خدمات EI در اوهایو پیشنهاد پایان دادن به خدمات EI را قبل از جلسه IFSP ارائه می‌دهد، باید این اطلاع کتبی قبلی را حداقل ده روز تقویمی قبل از پایان دادن به آن خدمات EI به شما اطلاع داده شود. هماهنگ کننده خدمات شما با شما تماس خواهد گرفت تا یک جلسه IFSP را برای تعیین مراحل بعدی تنظیم کند.

مداخله زودهنگام اوهایو پیشنهاد می‌کند که یک یا بیشتر خدمات EI را برای طفل و خانواده شما به پایان برساند.

جزئیات در مورد تغییر پیشنهادی

دلیل تغییر پیشنهادی

تاریخ پیشنهادی تغییر (نه کمتر از 10 روز سر از تاریخ امروز)

لطفاً اگر در مورد این اقدام کدام سوال دارید هر چه زودتر با من تماس بگیرید.

ارائه دهنده خدمات EI معلومات تماس

نام ارائه کننده EI

منحیث والد، شما گزینه های حل اختلاف را در دسترس دارید. یک کپی از بروشور حقوق والد مداخله زودهنگام اوهایو شما ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) ضمیمه است. اگر شما هر نوع سوال دارید، لطفاً با هماهنگ کننده خدمات EI تان در تماس شوید:

معلومات از ایجاد نتایج معنادار تماس هماهنگ کننده خدمات EI

نام هماهنگ کننده خدمات EI

معافیت از ضرب‌الاجل (اختیاری)

من درک می‌کنم و موافقت می‌کنم که از حق خود برای دریافت اطلاعات کتبی 10 روز قبل از تغییر فعالیت پیشنهادی صرف نظر کنم.

حرف اول نام و تخلص والد(ین)

تاریخ

(نام/نقش)، (تاریخ) به

یک کپی از این اطلاعیه و فورمه رضایت به والد(ین) ارائه شد.

حضوری  از طریق پُست  از طریق ایمیل.

اگر این فورمه توسط یک شخص غیر از هماهنگ کننده خدمات EI تکمیل گردد، ارائه کننده EI باید یک کپی را به هماهنگ کننده خدمات EI در جریان پنج روز تقویمی از ارائه اطلاعیه به والد بفرستد.



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

تاریخ امروز

اسم طفل

تاریخ تولد طفل

شماره ETID

## مستند سازی وضعیت تشخیص شده

من رضایت می‌دهم که این فورمه برای داکتر متخصص من ارسال شود تا مدارکی از تشخیص و تأثیر آن بر رشد طفل ام دریافت شود.

امضای والد

تاریخ

متخصص طبی محترم - طبق شرایط ایالتی و فدرال برای واجد شرایط بودن بر اساس بخش C قانون آموزش افراد دارای معلولیت (IDEA)، اکثر تشخیص‌های طبی منجر به واجد شرایط بودن خودکار برای مداخله زودهنگام (EI) نمی‌شوند. اما، یک شخص مسلکی که جواز تشخیص و تداوی مشکلات ذهنی یا فزیکری دارد ممکن تعیین کند که یک حالت تشخیص شده برای یک طفل مشخص احتمالاً منجر به تأخیر رشدی خواهد شد. سپس تیم EI ارزیابی جامعی را برای تعیین نیازهای برنامه طفل انجام خواهد داد. برای اینکه واجد شرایط بودن EI با استفاده از این فورمه تعیین گردد، تمام بخش‌ها باید تکمیل گردند.

لطفاً تشخیص معین طفل را در بخش مربوطه فورمه ذکر کنید. "تأخیر عمومی"، "تأخیر رشدی" یا نگرانی‌های رشدی مانند "نگرانی‌های گفتار" را شامل نکنید.

من گمان می‌کنم که وضعیت طبی این طفل احتمالاً منجر به تأخیر رشدی در حداقل یکی از بخش‌های رشدی ذیل خواهد شد (همه موارد قابل اجرا است را نشانی کنید)

نظریات (اختیاری)

اجتماعی/عاطفی  
موتور  
ارتباطات  
شنوایی  
بینایی  
سازگاری/مراقبت از خود/استقلال  
شناختی/حل مشکلات  
سایر موارد (مشخص کنید)

دلیلی ندارم که باور کنم وضعیت طبی این طفل احتمالاً باعث تأخیر رشدی می‌شود. اما، من درک می‌کنم که والد و طفل باهم حق ارزیابی رشدی را برای تعیین واجد شرایط بودن دارند.

شخص مسلکی دارای جواز برای تشخیص و تداوی شرایط روانی یا فزیکری

نام \_\_\_\_\_ نوع جواز \_\_\_\_\_ تلفون \_\_\_\_\_  
امضاء \_\_\_\_\_ ایمیل \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

لطفاً این فورمه را به هماهنگ کننده خدمات مداخله زودهنگام طفل برگردانید

ایمیل

شماره فکس

نام هماهنگ کننده خدمات EI

صرف برای استفاده هماهنگ کننده خدمات EI



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

تاریخ امروز

اسم طفل

تاریخ تولد طفل

شماره ETID

نام(های) والد

## نام(های) والداطلاعیه جلسه پلان خدمات فردی خانواده (IFSP)

وقت آن است که جلسه ما:

معلومات واجد شرایط بودن و ارزیابی را مرور کند و نخستین (اولیه) IFSP را تهیه کند

معلومات واجد شرایط بودن و ارزیابی را مرور کند و اولین (ابتدائی) IFSP را تهیه کند

یک مرور دوره ای IFSP را انجام دهید تا درجه پیشرفت در جهت دستیابی به نتایج شناسایی شده در IFSP مشخص شود و آیا اصلاح یا تجدیدنظر در نتایج یا خدمات مداخله زودهنگام شناسایی شده در IFSP ضروری است یا خیر

معلومات ارزیابی را مرور کند و IFSP سالانه را تهیه کند

این جلسه IFSP شامل کنفرانس پلانگذاری انتقال خواهد بود.

ما توافق کردیم که جلسه IFSP در تاریخ ذیل برگزار شود

تاریخ

زمان

مکان

ارائه کنندگان خدمات مداخله زودهنگام (EI) ذیل به جلسه IFSP دعوت شده اند. یک کپی این اطلاعیه برای آنها ارسال خواهد شد.

نام، نقش یا اداره

نام، نقش یا اداره

نام، نقش یا اداره

نام، نقش یا اداره

شما درخواست کرده اید که افراد ذیل برای اشتراک در جلسه IFSP دعوت شوند. یک کپی این اطلاعیه برای آنها ارسال خواهد شد.

نام، نقش یا قرابت

نام، نقش یا قرابت

نام، نقش یا قرابت

نام، نقش یا قرابت

اگر شما در مورد این جلسه کدام سوال دارید یا می خواهید چیزی را تغییر دهید، لطفاً با من، هماهنگ کننده خدمات EI تان تماس بگیرید:

معلومات از ایجاد نتایج معنادار تماس هماهنگ کننده خدمات EI

نام هماهنگ کننده خدمات EI



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

## پیگیری ارجاع به متخصص

تاریخ امروز	نام طفل ارجاع شده	تاریخ تولد طفل	تاریخ ارجاع برنامه EI
نام متخصصی که طفل را ارجاع داده است	نام اداره	معلومات تماس متخصص یا اداره	

برنامه EI رضایت والد را برای به اشتراک گذاشتن معلومات در مورد وضعیت ارجاع طفل بدست نیاورد. لطفاً برای معلومات بیشتر با خانواده به تماس شوید.

تلاش ها برای تماس گرفتن با والد ناموفق بود. لطفاً اگر معلومات تماس والد تجدید شده است، به ما اطلاع دهید.

### والد با به اشتراک گذاشتن معلومات ذیل رضایت داد:

والد خدمات مداخله زودهنگام اوهایو را رد کرد.

طفل واجد شرایط مداخله زودهنگام اوهایو است و IFSP تهیه شده است.

طفل ارزیابی شد و برای مداخله زودهنگام اوهایو واجد شرایط نیست.

یک بررسی رشدی فراهم گردید و طفل مشکوک به داشتن تاخیر رشدی یا معلولیت نیست.

سایر:

همه‌هنگ کننده خدمات من از تمام معلومات مرتبط به به اشتراک گذاشتن وضعیت ارجاع طفل من به EI مرا مطلع ساخته و حقوق والد را بشمول دادن رضایت توضیح داده است. من یک کاپی بروشور حقوق والد اوهایو EI دارم ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). من درک می کنم که در صورت داشتن شکایت از EI، گزینه های حل اختلاف دارم. من درک می کنم و رضایت می دهم تا معلومات در مورد وضعیت ارجاع طفل من را به متخصص که ارجاع کرده است به اشتراک بگذارم.

نام (های) والد \_\_\_\_\_ امضا (های) والد \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

مداخله زودهنگام اوهایو از ارجاع شما قدردانی می کند! شما می توانید در هر زمان با تماس گرفتن با Central Intake به شماره 1-800-755-4769 یا مراجعه به [www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org) دوباره مراجعه نمایید.



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

شماره ETID

تاریخ تولد طفل

اسم طفل

تاریخ امروز

## تعیین توانایی والدین برای پرداخت مصارف خدمات مداخله زود هنگام

اسناد (فقط یک مورد ضروری است)

درآمد والدین (C)

کارت WIC (B)   
ایالت Ohio

کارت Medicaid (A)   
ایالت Ohio

من می دانم که ارائه اطلاعات درآمد من به هماهنگ کننده خدمات EI اجازه می دهد تا تعیین کند که آیا من ممکن است واجد شرایط برای منابع مبتنی بر درآمد دیگر باشم. با این حال، من انتخاب کرده ام که اطلاعات مالی خود به اشتراک نگذارم و می دانم که با توجه به OAC 5123-10-03 (د)، من مسئول پرداخت هزینه های خدمات مداخله زود هنگام فراتر از اولین بودجه عمومی 100 واحد خواهم بود.

حروف اول  
نام والدین

درآمد والدین:  هفته وار (52)  دو هفته (26)  ماهانه (12)  دو ماهانه (24)  اندازه خانواده: \_\_\_\_\_

تاریخ پرداخت (ها)

مقدار خالص (ها)

درآمد والدین:  هفته وار (52)  دو هفته (26)  ماهانه (12)  دو ماهانه (24)  اندازه خانواده: \_\_\_\_\_

تاریخ پرداخت (ها)

مقدار خالص (ها)

مجموع درآمد سالانه: \_\_\_\_\_

بله  خیر

درآمد فامیل کمتر یا برابر با واجد شرایط بودن شروع سالم برای کودکان بیمه نشده؟ (FPL %206)

<https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

من اسناد ارائه شده توسط والدین را دیده و بررسی نمودم در هر (D) OAC 5123-2-10-03 و تعیین نمودم که والدین  قادر به  پرداخت هزینه خدمات مداخله زود هنگام نمی باشد.

تاریخ

اسم هماهنگ کننده خدمات EI

امضای هماهنگ کننده خدمات EI

من معلومات مورد استفاده برای تکمیل این فورم را بررسی کرده ام و هماهنگ کننده خدمات من برای تعیین اینکه آیا من میتوانم برای خدمات EI پرداخت هزینه نمایم یا خیر. من یک کاپی از سیستم مداخله زود هنگام اوهایو از بروشر پرداخت ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](https://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) من می دانم که گزینه های حل اختلاف دارم اگر من یک شکایت EI داشته باشم.

تاریخ

امضای والدین (ها)

نام والدین (ها)



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

صرف برای استفاده ایالتی:  
EI-16 دریافت شد:  
مرور شده توسط:  
#: CMACS  
ورود به CMACS:  
ایمیل ارسال شده:

اسم طفل

تاریخ امروز

شماره ETID

تاریخ تولد طفل

## پرداخت برای خدمات مداخله زودهنگام (EI)

نام والد		نام والد	
ادرس		ادرس	
شهر	ایالت	شهر	ایالت
شماره بیمه اجتماعی	قرابت با طفل	شماره بیمه اجتماعی	قرابت با طفل
تلفون خانه	تلفون کار	تلفون خانه	تلفون کار
نام هماهنگ کننده خدمات EI		ایمیل آدرس هماهنگ کننده خدمات EI	

نام اداره ارائه کننده:	کاوتنی:
جنسیت طفل: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث	توانایی پرداخت را دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
خانواده با استفاده از بیمه دولتی یا خصوصی موافقت کردند؟ <input type="checkbox"/> بلی (لطفاً فورمه EI-05 را ضمیمه کنید)	آیا خدمات در محیط طبیعی ارائه می شود؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آخرین تاریخ ابتدایی/سالانه IFSP:	

### خدمات مداخله زودهنگام IFSP پیشنهادی (در صورت لزوم صفحات بیشتری اضافه کنید)

نوع IFSP:  ابتدایی  سالانه  دوره ای  ارسال مجدد EI-16

مارک پیشنهاد شده خدمات	خدمات EI	تعداد دفعات (بطور مثال: 8 x 45 دقیقه/180 روز)	امضای IFSP تاریخ	پایان IFSP تاریخ	صرف برای استفاده ایالتی کتگوری SVC واحدها
<input type="checkbox"/>	ارزیابی/بررسی				<input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 43
<input type="checkbox"/>	جلسات تیم IFSP / گفتاردرمانی / کاردرمانی برای تداوی تغذیه				EICAT1
<input type="checkbox"/>	گفتار				گفتاردرمانی
<input type="checkbox"/>	کاردرمانی				تداوی
<input type="checkbox"/>	فزیوتراپی				
<input type="checkbox"/>	آیا نقل ضمیمه شده است؟ <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	خدمات EI لیست نشده است:				

صرف یادداشت های ایالت



تاریخ امروز

اسم طفل

تاریخ تولد طفل

شماره ETID

## ورقه کار مصارف طبی فوق العاده

نام(های) والد:

درآمد والد:  هفته وار (52)  دو هفته (26)  ماهوار (12)  دو ماه (24) اندازه خانواده: \_\_\_\_\_

تاریخ(های) سند معاش

مبلغ(های) ناخالص

درآمد والد:  هفته وار (52)  دو هفته (26)  ماهوار (12)  دو ماه (24) اندازه خانواده: \_\_\_\_\_

تاریخ(های) سند معاش

مبلغ(های) ناخالص

مجموع درآمد سالانه:

محاسبات برای عاید خانواده در 210-401% یا بیشتر سطح فقر فدرال (FPL) را می‌توان در <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> یافت.

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_  
مجموع درآمد سالانه EME هزینه طبی از جیب خود

من مصارف پیش بینی شده طبی از جیب خودم را بر اساس آخرین سطح فقر فدرال که توسط وزارت صحت و خدمات بشری ایالات متحده (US Department of Health and Human Services) تعیین شده و در دفتر ثبت فدرال منتشر شده است محاسبه کرده ام و این معلومات را با والد به اشتراک گذاشته ام. DCY از این معلومات برای تعیین نهایی مصارف فوق العاده طبی خانواده استفاده خواهد کرد.

تاریخ

اسم هماهنگ کننده خدمات EI

امضای هماهنگ کننده خدمات EI



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention