

오늘 날짜

아동의 이름

아동의 생년월일

ETID 번호

발달 선별검사에 대한 사전 서면 통지 및 동의

발달 선별검사는 자녀의 발달 지연이 의심되는지 여부를 판단하는 데 사용됩니다. 선별검사에는 부모 및 부모가 선택하는 다른 사람으로부터 정보를 수집하고 모든 발달 영역을 포괄하는 선별검사 도구를 사용하는 것이 포함됩니다. 여기에는 자녀에 대한 관찰이 포함될 수 있습니다. 귀하는 선별검사의 결과에 관계없이 언제든지 발달 평가를 요청할 수 있습니다. 선별검사가 진행되기 최소 10일 전에 서면 통지가 귀하에게 제공되어야 합니다.

본인의 서비스 코디네이터는 발달 선별 검사와 관련된 모든 정보를 알려주고 동의를 포함하여 부모로서의 권리에 대해 설명했습니다. 본인은 Ohio 조기 개입(EI) 부모 권리 안내서를 받았습니다 (ohioearlyintervention.org/printed-materials). 본인은 EI 불만사항이 있는 경우, 분쟁 해결의 선택사항이 있음을 알고 있습니다. 본인은 제 아이의 발달 선별검사에 대해 알고 있으며 이에 동의합니다. 본인은 내 동의가 자발적이며 언제든지 철회할 수 있음을 이해합니다.

기한의 포기(선택사항)

본인은 제안된 활동 10일 전 서면 통지를 받을 권리를 이해하며, 그 권리를 포기하기로 합니다.

부모 이니셜

날짜

부모 성명

부모 서명

날짜



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

발달 일반평가 및 측정평가에 대한 사전 서면 통지 및 동의

발달 일반평가는 한 명 이상의 전문가로 구성된 조기 개입(EI) 팀이 적격성을 결정하는 의학적 상태가 확인되지 않은 경우 자녀의 적격 여부를 결정하기 위해 실시합니다.

일반적으로 동시에 수행되는 **자녀에 대한 측정평가**에서는 가족의 일상과 활동에서의 자녀의 참여도를 파악합니다. 일반평가 및 측정평가에 포함되는 내용:

- 귀하가 공개에 동의한 의료 기록을 포함한 관련 기록에 대한 검토
- 자녀에 대한 관찰
- 자녀의 일상 생활 및 활동을 포함한 자녀의 발달에 대한 귀하의 의견
- 자녀의 의사소통, 적응/자기 관리, 사회적/정서적, 인지적/사고적/문제해결적, 운동/이동, 시력, 청력 발달에 대한 정보를 제공하는 일반평가 및 측정평가 도구의 사용

가족 주도 측정평가에서는 자녀를 일상 활동에 성공적으로 참여시키는 목표에 대한 **우려 사항**과 **우선순위를** 공유합니다. 자녀의 발달을 지원하는 데 도움이 될 수 있는 잠재적인 **자원**에 대해 논의합니다.

자녀가 대상자에 해당하는 것으로 결정되면, 자녀의 일반평가 및 측정평가와 가족 주도 평가의 정보를 사용하여 개별화된 가족 서비스 계획을 개발하고 부모와 자녀를 지원하기 위해 필요한 EI 서비스를 결정합니다. 일반평가 및 측정평가가 진행되기 최소 10일 전에 서면 통지가 귀하에게 제공되어야 합니다.

다음은 하시도록 제안합니다(해당하는 모든 것에 표시).

- 발달 일반평가를 수행하여 자녀의 EI 적격성 확인
- 발달 측정평가를 통해 자녀의 강점과 필요사항 파악
- 가족 주도 평가를 통해 자녀의 발달 지원과 관련된 우려 사항, 우선 순위 및 자원을 파악

기한의 포기(선택사항)

본인은 제안된 활동 10일 전에 서면 통지를 받을 권리를 포기하는 것에 대하여 이해하고 이에 동의합니다.

부모 이니셜

날짜

본인의 서비스 코디네이터는 가족 주도 평가 및 자녀에 대한 일반평가 및 측정평가에 관련된 모든 정보를 알려주고 동의를 포함하여 부모로서의 권리에 대해 설명했습니다. 본인은 Ohio 조기 개입(EI) 부모 권리 안내서 (ohioearlyintervention.org/printed-materials)를 받았습니다. 본인은 EI 불만사항이 있는 경우, 선택사항으로 분쟁 해결책이 있음을 알고 있습니다. 본인은 내 아이가 EI 시스템에서 서비스를 받으려면 적격성을 결정하기 위해서 내 아이에 대한 측정평가가 완료되어야 한다는 것을 이해합니다. 또한 가족 주도 평가에 대한 본인의 결정이 자녀의 EI 서비스 수혜 자격성에 영향을 미치지 않음을 이해합니다. 본인은 동의가 자발적이며 언제든지 철회할 수 있음을 이해합니다.

본인은 내 아이에 _____ 대한 일반평가 및 측정평가에 _____ 동의합니다 _____ 가족 주도 평가.
(이니셜) (이니셜) (이니셜)

부모 성명

부모 서명

날짜



Department of Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

오늘 날짜 아동의 이름 아동의 생년월일 부모 성명 ETID 번호

수급권 결정에 대한 사전 서면 통지

아동의 나이 조정된 연령 (해당되는 경우) 자격성 결정 날짜

의뢰 이유

자격성 상태

□ 자녀가 발달 지연을 초래할 가능성이 높은 신체적 또는 정신적 질환으로 진단되어 Ohio 조기 개입(EI) 자격이 있습니다.

진단된 상태:

진단을 확인하는 데 사용되는 문서:

(* 귀하의 자녀가 진단된 질환으로 인해 EI를 받을 자격이 있는 경우 이 페이지의 나머지 부분과 2페이지는 작성되지 않습니다)

□ 귀하의 자녀가 발달 지연으로 인해 Ohio 조기 개입(Early Intervention, EI) 수급 자격이 된다고 **를 통해 EI 평가팀이 결정하였습니다

□ 평가 도구에 대한 점수 또는 □ 다음 영역에서 정보에 입각한 임상적 소견:

- 표현적 의사소통 □ 사회적/정서적 □ 소근육 운동 □ 적응력
□ 수용적 의사소통 □ 인지 □ 대근육 운동

□ 귀하의 자녀는 Ohio 조기 개입(EI)에 대한 자격이 없습니다. 귀하의 자녀는 다학제 팀에 의해 평가되었으며 평가 점수와 팀의 임상 소견에 따르면 자녀가 지연이 없는 것으로 보입니다. **

자격성을 판단하는 데 사용된 방법

완료 날짜

(** 자녀가 발달 지연으로 자격이 되거나 자격이 없는 경우에만 작성)

- 의료/교육/기타 기록을 통한 자녀의 이력 검토
• 부모/가족 인터뷰를 통한 자녀의 이력 검토
• 관찰
• 평가 도구
○ □ 베일리(Bayley) 영유아 발달검사
○ □ 바텔(Battelle) 발달검사
• 청력 체크리스트
• 시력 체크리스트
• 기타 (선택사항):

Horizontal lines for recording completion dates.



자녀가 Ohio 조기 개입(EI) 자격이 있는 경우:

Ohio EI는 귀하와 협력하여 "결과"(또는 목표) 및 이러한 목표를 달성하는 데 필요한 조기 개입 서비스를 포함한 개별화된 가족 서비스 계획(IFSP)을 개발할 것을 제안합니다. Ohio EI에서 자녀가 자격이 있다고 결정하면, 귀하는 EI 서비스를 시작하거나 변경하기 최소 10일 전에 사전 서면 통지를 받아야 하며, 이는 IFSP 회의 중에 가족의 플랜에 추가됩니다. 원하는 경우, IFSP 섹션 6에 따라 EI 서비스 시작 전 10일을 포기할 수 있습니다.

귀하의 EI 서비스 코디네이터가 귀하와 협력하여 IFSP 회의 일정을 잡을 것입니다.

자녀가 Ohio 조기 개입을 받을 자격이 없는 경우:

이는 귀하의 자녀가 현재 같은 또래 아이들과 비슷한 기술과 행동을 보이고 있다는 의미입니다.

귀하의 자녀는 본 통지일로부터 최소 10일 이후에 Ohio EI 시스템에서 종료될 예정입니다. 아래 상자에서 평가팀은 자녀의 발달을 촉진하기 위한 권장사항과 가족에게 도움이 될 수 있는 잠재적인 커뮤니티 지원 및 자원을 제공했습니다.

귀하는 부모로서 선택사항인 분쟁 해결 모색을 선택할 수 있습니다. 조기 개입(EI) 부모 권리 안내서가 동봉되어 있습니다. 해당 결과에 대한 질문은 EI 서비스 코디네이터에게 연락하세요. 또한 자녀의 만 3세 이전의 발달에 관한 새로운 우려사항이 있다면 서비스 코디네이터에게 연락하세요.

귀하에게 도움이 될 만한 커뮤니티 지원 및 자원:

자녀의 발달을 진작시키기 위한 아이디어 및 제안:

양식EI-04 개별가족서비스계획(IFSP)



IFSP 유형과 날짜	<input type="checkbox"/> 이니셜 _____	<input type="checkbox"/> 정기적 _____	<input type="checkbox"/> 정기적 _____
	<input type="checkbox"/> 연간 _____	<input type="checkbox"/> 정기적 _____	<input type="checkbox"/> TPC _____

ETID 번호

섹션 1: 아동 및 가족 정보

아동의 이름	성	별명	생년월일
아동과 함께 사용하는 언어	통역사 필요 여부? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	아동의 인종 및 민족정체성	아동의 거주 교육구
부모 성명	주소	아동이 같이 살고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
아동과의 관계(친부모 또는 양부모가 아닌 경우)	전화: 휴대폰(C); 자택(H); 직장 (W)		
이메일 주소	선호하는 연락 수단 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 문자	선호하는 연락 시간대	
부모 성명	주소	아동이 같이 살고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
아동과의 관계(친부모 또는 양부모가 아닌 경우)	전화: 휴대폰(C); 자택(H); 직장 (W)		
이메일 주소	선호하는 연락 수단 <input type="checkbox"/> 통화 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 텍스트	선호하는 연락 시간대	

기타 중요한 가족 정보

(가족의 문화, 영적 신념 또는 거주 형태 등에 관해 팀원들이 알았으면 하는 내용)

섹션 2: 조기 개입 서비스 코디네이터 정보

조기 개입(EI) 서비스 코디네이터는 귀하가 EI에 참여하는 동안 다음 활동에 관한 단일 연락 창구 역할을 합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- EI에 대한 귀하의 권리를 설명하고 그 권리를 보장
- 자녀의 첫 자격성을 조율
- 귀하가 요청한 시간을 포함하여, 요구되는 일정 내에서 개별가족서비스계획(IFSP) 회의 일정을 조율
- IFSP 팀이 유효하며 귀하의 우려사항과 우선순위를 반영하는 결과를 낼 수 있도록 지원
- 필요한 EI 서비스 파악, 확보, 자금 조달 및 모니터링 지원
- 귀하가 필요로 하거나 원하는 그 외 도움 및 자원을 찾아주고 연계 지원
- 그리고 3세 이전의 전환 계획 개발을 촉진

EI 서비스 코디네이터 성명	전화	이메일
기관명	관리자 성명 및 연락 정보	

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

섹션 3: 아동 및 가족 측정평가

완료일:

아동 측정평가

가족 주도 평가

귀하의 자녀와 가족을 평가하는 동안 평가팀은 다양한 출처에서 정보를 수집했습니다. 그러한 정보는 다음 페이지에 요약되어 있으며, 자녀와 가족의 필요를 해결하기 위한 전략과 활동을 파악하고 목표를 개발하는 데 기초가 됩니다.

다음 아동 측정평가 활동을 수행했거나 검토했어야 합니다

완료일

- 자격성 서류 검토
- 의료/교육/기타 기록을 통한 자녀의 이력 검토
- 부모/가족 인터뷰를 통한 자녀의 이력 검토
- 간병인, 가족 및/또는 다른 사람들로부터 정보를 수집하여 아동의 고유한 강점과 필요사항을 전체적으로 파악
- 가족의 일상생활 및 활동 내에서 자녀의 역할 정도 파악
- 청력 체크리스트
- 시력 체크리스트
- 기타 (선택사항):

아동의 이력 요약

이것은 부모 면담 및 의료, 교육 또는 기타 기록을 통해 얻은 관련 정보의 요약으로서, 여기에는 출생 기록, 재태 연령, 의학적 상태 또는 진단, 질병, 입원 기록, 복용 약물, 시력 및 청력 상태/검진, 섭식/영양 요구 사항 및 기타 발달 정보가 포함됩니다.

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

일일 활동 및 일상적인 일 요약

하루 중 아이와 가장 편하거나 즐거운 시간대

활동/일상적인 일	누가 관여하나요?	활동/일상적인 일이 잘 진행되는 이유는 무엇인가요?

자녀와 함께 하루 중 가장 힘들거나 답답한 시간대

활동/일상적인 일	누가 관여하나요?	활동/일상적인 일을 어렵게 만드는 요인은 무엇인가요?

자녀의 발달 요약

아동은 세 가지 아동 성과로 알려진 세 가지 기능 영역에서 기술을 개발합니다: (1) 긍정적인 사회 정서적 기술 개발; (2) 지식과 기술 습득 및 사용 및 (3) 그들의 필요에 부합한 적절한 조치 실행. 팀에서는 관찰, 가족 인터뷰, 자녀의 기록 검토, 자녀의 가족 활동 및 일상적인 일 참여에 대해 공유한 정보를 통해 정보를 수집했습니다. 자녀의 현재 발달 수준에 대한 요약은 귀하 자녀의 개별적 강점 및 같은 나이 또래들에 대한 필요사항을 나타냅니다. 이 링크는 [세 가지 아동 성과](#)의 각각에 대한 기능적 기술 분석에 대한 자세한 정보를 제공합니다.

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

긍정적인 사회 정서적 기술 발달

자녀가 가족, 다른 성인, 다른 아동들과 상호작용하고 어울리는 방법에 대한 내용 요약. 여기에는 다음 내용이 포함됩니다. (1) 가족 구성원에게 애정 표현하기, (2) 자신의 이름과 다른 사람의 이름을 이해하고 사용하기, (3) 인사와 작별을 주고받기, (4) 익숙하거나 낯선 어른 및 또래 친구와 놀기, (5) 장난감에 대한 소유권을 표현하고 다른 사람과 공유하기, (6) 감정을 표현하고 속상할 때 진정하기, (7) 까꿍 놀이, 노래 부르기, 춤추기, 소꿉놀이, 순서 지키기와 같은 사회적 규칙과 놀이에 참여하기.

연간 IFSP 및 종료 시 - 자녀가 다음과 관련된 새로운 기술이나 행동을 보였습니까? 긍정적인 사회-정서적 기술 개발과 관련된 새로운 기술이나 행동을 보였습니까?

예 아니요

아동 성과 요약(COS) 평가 진술서 - 또래와 비교했을 때 귀하의 자녀:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 이 영역에서 훨씬 더 어린 아이에게 기대되는 기술을 사용합니다. | <input type="checkbox"/> 가끔 나이에 맞는 기술을 사용합니다. 이 영역에서 또래보다 어린 수준의 기술을 더 많이 보입니다. |
| <input type="checkbox"/> 나이에 맞는 발달에 필요한 일부 초기 기술들을 사용합니다. 아직 이 영역에서 나이에 맞는 기술을 사용하지 않습니다. | <input type="checkbox"/> 연령에 맞는 기술을 많이 사용합니다. 이 영역에서 또래보다 어린 아이의 기술을 일부 보입니다. |
| <input type="checkbox"/> 나이에 맞는 발달에 필요한 많은 초기 기술들을 사용합니다. 아직 이 영역에서 나이에 맞는 기술을 사용하지 않습니다. | <input type="checkbox"/> 이 영역에서 또래 나이에 맞는 기술들을 활용하고 있습니다 하지만, 우려할 만한 가능성이 있습니다. |
| | <input type="checkbox"/> 이 영역에서는 또래 나이에 맞는 모든 기술을 잘 활용하고 있습니다 |

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

지식과 기술 습득 및 사용

자녀가 어떻게 놀고, 새로운 것을 배우고, 알고 있는 것을 다른 사람에게 전달하는지에 대한 요약입니다. 여기에는 다음이 포함됩니다: (1) 다른 사람을 관찰하고 배우는 방법, (2) 문제를 해결하는 방법, (3) 새로운 정보를 분석하는 방법, (4) 목적이 있는 놀이에 참여하는 방법, (5) 책을 '읽는' 방법, (6) 지시사항을 이해하는 방법, 그리고 (7) 몸짓, 단어 또는 기호를 사용하여 다른 사람에게 세상에 대해 이야기하고 질문에 답하는 방법.

연간 IFSP 및 종료 시 - 자녀가 다음과 관련된 새로운 기술이나 행동을 보였습니까? 지식 및 기술 습득 및 사용 새로운 기술이나 행동을 보였습니까?

예 아니요

아동 성과 요약(COS) 평가 진술서 - 또래와 비교했을 때 귀하의 자녀:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 이 영역에서 훨씬 더 어린 아이에게 기대되는 기술을 사용합니다. | <input type="checkbox"/> 가끔 나이에 맞는 기술을 사용합니다. 이 영역에서 또래보다 어린 수준의 기술을 더 많이 보입니다. |
| <input type="checkbox"/> 나이에 맞는 발달에 필요한 일부 초기 기술들을 사용합니다. 아직 이 영역에서 나이에 맞는 기술을 사용하지 않습니다. | <input type="checkbox"/> 연령에 맞는 기술을 많이 사용합니다. 이 영역에서 또래보다 어린 아이의 기술을 일부 보입니다. |
| <input type="checkbox"/> 나이에 맞는 발달에 필요한 많은 초기 기술들을 사용합니다. 아직 이 영역에서 나이에 맞는 기술을 사용하지 않습니다. | <input type="checkbox"/> 이 영역에서 또래 나이에 맞는 기술들을 활용하고 있습니다 하지만, 우려할 만한 가능성이 있습니다. |
| | <input type="checkbox"/> 이 영역에서는 또래 나이에 맞는 모든 기술을 잘 활용하고 있습니다 |

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

필요사항을 충족하기 위해 적절한 행동 취하기

본 문서는 자녀가 목적의식을 가지고 움직이며, 스스로를 돌보는 데 도움을 주고, 원하는 것과 필요한 것을 전달하는 방식에 대한 요약입니다. 여기에는 (1) 장소 이동, (2) 먹고 마시기, (3) 옷 입고 벗기, (4) 낮잠과 밤에 수면, (5) 목욕, 기저귀, 배변에 참여하기, (6) 안전에 대한 지시 따르기, (7) 자신의 욕구와 필요를 타인에게 말하는 방법 등이 포함됩니다.

연간 IFSP 및 종료 시 - 자녀가 최근 아동 성과 요약 평가 이후로 필요를 충족하기 위한 적절한 행동 사용과 관련된 새로운 기술이나 행동을 보였습니까?

예 아니요

아동 성과 요약(COS) 평가 진술서 - 또래와 비교했을 때 귀하의 자녀:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 이 영역에서 훨씬 더 어린 아이에게 기대되는 기술을 사용합니다. | <input type="checkbox"/> 가끔 나이에 맞는 기술을 사용합니다. 이 영역에서 또래보다 어린 수준의 기술을 더 많이 보입니다. |
| <input type="checkbox"/> 나이에 맞는 발달에 필요한 일부 초기 기술들을 사용합니다. 아직 이 영역에서 나이에 맞는 기술을 사용하지 않습니다. | <input type="checkbox"/> 연령에 맞는 기술을 많이 사용합니다. 이 영역에서 또래보다 어린 아이의 기술을 일부 보입니다. |
| <input type="checkbox"/> 나이에 맞는 발달에 필요한 많은 초기 기술들을 사용합니다. 아직 이 영역에서 나이에 맞는 기술을 사용하지 않습니다. | <input type="checkbox"/> 이 영역에서 또래 나이에 맞는 기술들을 활용하고 있습니다 하지만, 우려할 만한 가능성이 있습니다. |
| | <input type="checkbox"/> 이 영역에서는 또래 나이에 맞는 모든 기술을 잘 활용하고 있습니다 |
-

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

가족 주도 평가(FDA) 요약

FDA 수행자: _____

가족 문제

이것은 자녀 및/또는 가족이 일상 활동과 생활에서 겪는 어려움, 문제점 또는 도전 과제에 대한 요약이며, 이는 조기 개입(EI)팀이 해결하는 데 도움이 될 것입니다.

가족 자원:

이것은 자녀 및/또는 가족이 현재 도움을 얻고 있는 사람, 활동, 프로그램, 또는 기관과 같은 지원 자원과, 현재는 없지만 필요하거나 도움이 될 수 있는 자원에 대한 요약입니다.

가족 우선순위:

이것은 조기 개입 서비스의 결과로 자녀 및/또는 가족이 습득하기를 바라는 특정 기술, 활동 및/또는 자원에 대한 요약입니다.

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

섹션 4: 우리 아이와 가족의 성과목표

이 섹션에서는 귀하가 달성하고자 하는 것에 기반하여 아동 또는 가족의 성과목표를 파악하고, 해당 성과목표를 충족시키기 위한 단계들을 확인합니다. 성과목표는 아동 및 가족 평가시 가족의 일상 생활에 대해 귀하가 공유한 정보를 기반으로 합니다. 각 IFSP 성과목표는 모든 사람이 쉽게 이해할 수 있는 문구로 작성해야 하며, 팀 전체가 언제 달성되었는지 알 수 있도록 충분한 세부 정보를 포함해야 합니다. 성과목표는 티 지원 및 서비스의 결과로 가족의 활동에서 어떤 일이 일어나기를 원하는지를 기반으로 해야 합니다.

성과목표 번호:	이 아동 성과목표가 다루는 내용:	<input type="checkbox"/> 긍정적인 사회적 관계 개발	<input type="checkbox"/> 새로운 기술과 지식 습득 및 사용	<input type="checkbox"/> 스스로의 필요를 충족하기 위한 조치 취하기	이 가족 성과목표가 다루는 내용:	<input type="checkbox"/> 가족의 복지, 가족 참여 또는 정보
성과목표가 추가된 날짜:						

목표:

지금 성과목표에 대하여 어떻게 진행되고 있습니까?

전략: 누가, 언제를 포함해 어떤 단계와 활동이 IFSP 성과목표를 충족하는 데 도움을 줍니까?

현재 이 성과목표 달성을 위해 활용 가능한 모든 지원책들(티에서 제공하지 않는 서비스 포함, 공식 및 비공식)

이 성과목표에 대한 검토: IFSP에 대한 검토는 최소 6개월마다 진행되지만 경우에 따라 더 빨리 진행되기도 합니다. 귀하는 언제든지 IFSP 검토를 요청할 수 있습니다.

검토 결과:

검토 날짜: _____

- 충족된 성과목표
- 성과목표 지속
- 성과목표 수정
- 더 이상 우선 순위가 아닌 성과목표

이 성과목표에 영향을 미치는 새로운 우려사항 또는 사건:

이 성과목표를 충족시키는 데 진전이 있음:

업데이트된 전략:

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

섹션 4: 우리 아이와 가족의 성과목표

이 섹션에서는 귀하가 달성하고자 하는 것에 기반하여 아동 또는 가족의 성과목표를 파악하고, 해당 성과목표를 충족시키기 위한 단계들을 확인합니다. 성과목표는 아동 및 가족 평가시 가족의 일상 생활에 대해 귀하가 공유한 정보를 기반으로 합니다. 각 IFSP 성과목표는 모든 사람이 쉽게 이해할 수 있는 문구로 작성해야 하며, 팀 전체가 언제 달성되었는지 알 수 있도록 충분한 세부 정보를 포함해야 합니다. 성과목표는 TI 지원 및 서비스의 결과로 가족의 활동에서 어떤 변화를 원하는지를 기반으로 해야 합니다.

성과목표 번호:	이 아동 성과목표가 다루는 내용:	<input type="checkbox"/> 긍정적인 사회적 관계 개발	<input type="checkbox"/> 새로운 기술과 지식 습득 및 사용	<input type="checkbox"/> 스스로의 필요를 충족하기 위한 조치 취하기	이 가족 성과목표가 다루는 내용:	<input type="checkbox"/> 가족의 복지, 가족 참여 또는 정보
성과목표가 추가된 날짜:						

목표:

지금 성과목표에 대하여 어떻게 진행되고 있습니까?

전략: 누가, 언제를 포함해 어떤 단계와 활동이 IFSP 성과목표를 충족하는 데 도움을 줍니까?

현재 이 성과목표 달성을 위해 활용 가능한 모든 지원책들(TI에서 제공하지 않는 서비스 포함, 공식 및 비공식)

이 성과목표에 대한 검토: IFSP에 대한 검토는 최소 6개월마다 진행되지만 경우에 따라 더 빨리 진행되기도 합니다. 귀하는 언제든지 IFSP 검토를 요청할 수 있습니다.

검토 결과:

검토 날짜: _____

- 충족된 성과목표 성과목표 지속 성과목표 수정 더 이상 우선 순위가 아닌 성과목표

이 성과목표에 영향을 미치는 새로운 우려사항 또는 사건:

이 성과목표를 충족시키는 데 진전이 있음:

업데이트된 전략:

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

섹션 4: 우리 아이와 가족의 성과목표

이 섹션에서는 귀하가 달성하고자 하는 것에 기반하여 아동 또는 가족의 성과목표를 파악하고, 해당 성과목표를 충족시키기 위한 단계들을 확인합니다. 성과목표는 아동 및 가족 평가시 가족의 일상 생활에 대해 귀하가 공유한 정보를 기반으로 합니다. 각 IFSP 성과목표는 모든 사람이 쉽게 이해할 수 있는 문구로 작성해야 하며, 팀 전체가 언제 달성되었는지 알 수 있도록 충분한 세부 정보를 포함해야 합니다. 목표는 TI 지원 및 서비스의 결과로 가족의 활동에서 어떤 변화를 원하는 지를 기반으로 해야 합니다.

성과목표 번호:	이 아동 성과목표가 다루는 내용:	<input type="checkbox"/> 긍정적인 사회적 관계 개발	<input type="checkbox"/> 새로운 기술과 지식 습득 및 사용	<input type="checkbox"/> 스스로의 필요를 충족하기 위한 조치 취하기	이 가족 성과목표가 다루는 내용:	<input type="checkbox"/> 가족의 복지, 가족 참여 또는 정보
성과목표가 추가된 날짜:						

목표:

지금 성과목표에 대하여 어떻게 진행되고 있습니까?

전략: 누가, 언제를 포함해 어떤 단계와 활동이 IFSP 성과목표를 충족하는 데 도움을 줍니까?

현재 이 성과목표 달성을 위해 활용 가능한 모든 지원책들(TI에서 제공하지 않는 서비스 포함, 공식 및 비공식)

이 성과목표에 대한 검토: IFSP에 대한 검토는 최소 6개월마다 진행되지만 경우에 따라 더 빨리 진행되기도 합니다. 귀하는 언제든지 IFSP 검토를 요청할 수 있습니다.

검토 결과:

검토 날짜: _____

- 충족된 성과목표
- 성과목표 지속
- 성과목표 수정
- 더 이상 우선 순위가 아닌 성과목표

이 성과목표에 영향을 미치는 새로운 우려사항 또는 사건:

이 성과목표를 충족시키는 데 진전이 있음:

업데이트된 전략:

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

전환 성과목표 검토: IFSP의 검토는 최소 6개월마다 이루어져야 하지만 더 빨리 이루어질 수도 있습니다. 귀하는 언제든지 IFSP 검토를 요청할 수 있습니다.

자녀 전환 성과목표에 대한 검토 결과:

검토 날짜: _____

- 충족된 성과목표 성과목표 지속 성과목표 수정 더 이상 우선 순위가 아닌 성과목표

가족 전환 목표에 대한 검토 결과:

- 충족된 성과목표 성과목표 지속 성과목표 수정 더 이상 우선 순위가 아닌 성과목표

이러한 성과목표에 영향을 미치는 새로운 우려사항 또는 사건:

이러한 성과목표들을 달성하기 위해 이루어진 진전:

업데이트된 전략, 단계 및 활동:

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

섹션 6: 조기 개입 서비스

조기 개입 서비스는 일차서비스제공자(PSP) 또는 이차서비스제공자(SSP)가 제공할 수 있습니다. PSP는 모든 방문 시 가족을 직접적으로 지원하여 성과목표 달성을 돕고, 아동의 학습과 발달을 촉진합니다. SSP는 주기적으로 공동 방문을 통해 PSP와 가족에게 IFSP 성과목표 달성을 돕습니다. 공동 방문은 PSP와 가족의 필요에 따라 필요한 만큼 자주 이루어집니다. 담당 제공자 외에도 가족을 지원할 수 있는 TI 제공자 전체 팀에 언제든지 연락할 수 있습니다.

제공 가능한 모든 정보를 활용하여, IFSP 팀이 우리의 성과목표 달성을 돕기 위해 다음과 같은 TI 서비스를 선정했습니다:

IFSP 날짜:

TI 서비스 유형	방법	장소	횟수	세션 시간	제공 기관	자금조달 출처	예상 시작일*	예상 종료일	성과목표 번호
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 새로운 서비스		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 새로운 서비스		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 새로운 서비스		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 새로운 서비스		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 새로운 서비스		

방법: 직접 대면(P); 기술(T)

장소: 자택(H); 커뮤니티(C); 기타(O)

이 IFSP 회의 후 10일 이내에 새로운 서비스가 시작되거나 기존 서비스가 변경될 예정이라면, IFSP의 제8조에 있는 "기한 포기"를 참조하세요.

자연스러운 환경에서 TI 서비스(들)를 제공할 수 없는 이유에 대한 설명:

TI 서비스 코디네이터와 가족이 서비스를 자연스러운 환경으로 옮기기 위해 취할 단계들(예정 날짜 포함):

필요하지만 아직 조율되지 않은 TI 서비스:

서비스 코디네이터가 필요한 TI 서비스를 조율하기 위해 취해야 할 단계.

적시 서비스
수령(TRS) 기한: _____

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

섹션 7: 팀 참여

이 IFSP를 만드는 데 귀하의 소중한 기여 외에도, 수급권 판정, 평가 및/또는 IFSP 개발에 다음과 같은 사람들이 참여했습니다:

EI 서비스 코디네이터 이름	
전화:	이메일:
성명: 전화: 이메일: 역할: <input type="checkbox"/> 평가자/사정평가자 <input type="checkbox"/> 제공자	전문분야: <input type="checkbox"/> 발달 전문가 <input type="checkbox"/> 언어 치료사 <input type="checkbox"/> 프리스쿨/킨더가르텐(Pre-K/K) 교사 <input type="checkbox"/> 작업 치료사 <input type="checkbox"/> 사회 복지사 <input type="checkbox"/> 물리 치료사 <input type="checkbox"/> 시각 전문가 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 청각 전문가 <input type="checkbox"/> 기타:
성명: 전화: 이메일: 역할: <input type="checkbox"/> 평가자/사정평가자 <input type="checkbox"/> 제공자	전문분야: <input type="checkbox"/> 발달 전문가 <input type="checkbox"/> 언어 치료사 <input type="checkbox"/> 프리스쿨/킨더가르텐(Pre-K/K) 교사 <input type="checkbox"/> 작업 치료사 <input type="checkbox"/> 사회 복지사 <input type="checkbox"/> 물리 치료사 <input type="checkbox"/> 시각 전문가 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 청각 전문가 <input type="checkbox"/> 기타:
성명: 전화: 이메일: 역할: <input type="checkbox"/> 평가자/사정평가자 <input type="checkbox"/> 제공자	전문분야: <input type="checkbox"/> 발달 전문가 <input type="checkbox"/> 언어 치료사 <input type="checkbox"/> 프리스쿨/킨더가르텐(Pre-K/K) 교사 <input type="checkbox"/> 작업 치료사 <input type="checkbox"/> 사회 복지사 <input type="checkbox"/> 물리 치료사 <input type="checkbox"/> 시각 전문가 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 청각 전문가 <input type="checkbox"/> 기타:
성명: 전화: 이메일: 역할: <input type="checkbox"/> 평가자/사정평가자 <input type="checkbox"/> 제공자	전문분야: <input type="checkbox"/> 발달 전문가 <input type="checkbox"/> 언어 치료사 <input type="checkbox"/> 프리스쿨/킨더가르텐(Pre-K/K) 교사 <input type="checkbox"/> 작업 치료사 <input type="checkbox"/> 사회 복지사 <input type="checkbox"/> 물리 치료사 <input type="checkbox"/> 시각 전문가 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 청각 전문가 <input type="checkbox"/> 기타:

기타 참가자 이름	가족과의 역할/관계

아동의 이름:

생년월일:

ETID 번호:

섹션 8: TI 서비스에 대한 사전 서면 통지 및 동의

부모 동의

본인은 본 IFSP에 설명된 조기 개입 서비스 제공에 동의합니다. 본인은 이 IFSP의 개발에 참여했으며, 이 IFSP에 명시된 조기 개입 서비스 제공과 관련된 모든 정보에 대해 충분히 설명을 듣고 이해했습니다. 본인은 Ohio 조기 개입 부모 권리 안내서를 가지고 있으며 동의에 대한 권리를 이해합니다. 본인은 조기 개입 불만 사항이 있는 경우, 선택사항으로 분쟁 해결책이 있음을 알고 있습니다.

Ohio 조기 개입 서비스 제공자가 저의 가족과 자녀에게 제공될 TI 서비스를 시작하거나 변경할 것을 권고 또는 제안할 경우, 해당 서비스를 시작하거나 변경하기 최소 10일 전에 사전 서면 통지를 받아야 한다는 것을 이해합니다. 이 IFSP는 제안된 조기 개입 서비스에 대한 사전 서면 통지 역할을 하며, 서비스 시작 또는 변경 제안에 대한 세부 내용은 IFSP의 섹션 6에 기술되어 있음을 이해합니다. 이 IFSP 회의 이전에 EI-11 양식을 사용하여 종료가 제안된 서비스에 대해서는 추가적인 사전 서면 통지가 필요하지 않습니다.

기한의 포기(선택사항)

본인은 TI 서비스를 변경하거나 시작하기 10일 전까지 서면 통지를 받을 권리를 포기하고 이에 동의합니다.

_____ 부모 이니셜

_____ 날짜

_____ 부모 성명

_____ 부모 서명

_____ 날짜

_____ 부모 성명

_____ 부모 서명

_____ 날짜

EI 서비스 코디네이터 및 제공자 동의

우리는 이 성과목표들이 가족의 우선순위와 관심사를 반영하고 있으며, TI 서비스가 그러한 성과목표를 지원한다는 점을 인정합니다. 우리는 가족이 가능한 한 언제든지 일상 활동에 아이가 참여하고 배울 수 있도록 돕는 방식으로 이 IFSP를 이행하는 것에 동의합니다.

_____ 성명

_____ 분야

_____ 서명

_____ 날짜

_____ TI 서비스 코디네이터

양식 EI-05

오늘 날짜

아동의 이름

아동의 생년월일

ETID 번호

조기 개입 서비스에 대한 보험 사용 동의

민간 보험의 사용

본인의 서비스 코디네이터는 "지불 시스템" 규정과 조기 개입 서비스 비용을 지불하기 위해 민간 보험을 사용할 때 발생할 수 있는 공동부담금(co-payments), 공제액(deductibles), 보험료 또는 보험증권상 연간 또는 평생 건강보험 보장 한도로 인한 보험 혜택의 상실에 따른 장기 비용 등의 잠재적 비용에 대해 설명했습니다. 본인은 이러한 잠재적 비용과 본인의 권리에 대해 서면으로 통지를 받았습니. 본인이 민간 보험 사용에 동의할 경우 본인이 지불하도록 결정되면, IFSP 연도에 조기 개입 서비스의 첫 100 단위에 대한 공동부담금(co-payments) 및 공제액(deductibles)을 주에서 지불한다는 것을 이해합니다. 본인이 지불할 수 없다고 결정될 경우, 주에서 조기 개입 서비스의 모든 단위에 대한 공동부담금(co-payments) 및 공제액(deductibles)을 지불합니다.

본인은 조기 개입(EI) 서비스에 대해 본인의 민간 보험에 청구하는 것을 동의합니다.

예 아니요 나는 민간 보험이 없습니다

주 보험증권번호	시작일	종료일
건강보험 회사명	피보험자 이름	
이차 보험증권번호	시작일	종료일
건강보험 회사명	피보험자 이름	

부모 성명

부모 서명

날짜

공공 보험 사용

본인의 서비스 코디네이터가 조기 개입 서비스의 지불 규정에 대해 설명했습니다. 본인은 본인의 권리에 대해 서면으로 통지 받았으며 EI 서비스를 받기 위해 Medicaid 보험 혜택을 이용하는 데에 따른 잠재적인 비용이 없음을 이해합니다.

본인은 청구 용도로 자녀의 개인 식별 정보(자녀를 식별하는 데 사용되는 정보)를 IFSP 및 주 Medicaid 기관의 조기 개입 서비스 제공자와 공유하기로 동의합니다.

예 아니요 제 아이는 Medicaid 보험이 없습니다

Medicaid 수혜자/청구 번호

부모 성명

부모 서명

날짜



Department of Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

양식 EI-06

오늘 날짜

아동의 이름

아동의 생년월일

ETID 번호

정보 공개 및/또는 교환에 대한 동의

부모님은 자녀의 조기 개입(EI) 기록의 어떤 부분이라도 접근할 수 있습니다. EI 기록은 연방법, 장애인 교육법(Individuals with Disabilities Education Act) 파트 C에 따라 귀하의 자녀에 관해 수집되고, 관리되거나, 사용되는 모든 기록을 의미합니다.

자녀의 이름, 생년월일, 교육구와 공유되는 연락처 정보를 제외하고는 귀하의 허락 없이 EI 정보를 EI 시스템 외부의 어떤 사람이나 기관과도 공유할 수 없습니다. 귀하의 허락이 있는 경우 구두 또는 서면으로 정보를 공유할 수 있습니다. 귀하는 공유할 정보 또는 공유하지 않을 정보를 결정할 수 있습니다. 정보 공개 또는 교환에 동의하시면, 이 양식의 사본이 해당 기관이나 개인에게 제공됩니다. 일부 제한된 사유에 대해서는 부모 동의가 필요하지 않습니다. 이러한 이유에 대해서는 부모 권리 안내서를 참조하세요.

본인은 Ohio 조기 개입이 이름 및/또는 기관을 공개하거나 교환하는 데 동의합니다:

연락처 정보(가능한 경우):

내 자녀/나에 대한 다음 정보:

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 개별가족서비스계획(IFSP) | <input type="checkbox"/> 자격성 결정 결과 |
| <input type="checkbox"/> EI 사례 유의사항 | <input type="checkbox"/> 전체 EI 기록 |
| <input type="checkbox"/> 기타(기재하세요) <input type="text"/> | |

다음의 방법들 사용:

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 전화/문자/비디오 | <input type="checkbox"/> 직접 방문 | <input type="checkbox"/> 이메일/팩스/디지털 업로드 | <input type="checkbox"/> 종이 기록 |
|------------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|

정보의 공개 또는 교환의 목적은 다음을 지원하기 위한 것입니다:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ohio EI에 대한 자격성 판정 | <input type="checkbox"/> EI에서 유치원 또는 기타 커뮤니티 프로그램으로 전환하기 |
| <input type="checkbox"/> IFSP 개발 | <input type="checkbox"/> 자녀의 서비스 및 진행 상황 |
| <input type="checkbox"/> 기타(기재하세요) <input type="text"/> | |

해당되는 경우 정보 공개 또는 교환에 제한이 있는 경우 설명하세요:

본 동의 유효 기간:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 자녀의 세 번째 생일까지: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 부터 <input type="text"/> 까지 <input type="text"/> |

본인의 서비스 코디네이터 또는 EI 제공자는 정보 공개 또는 교환과 관련된 모든 정보를 본인에게 알리고 동의를 포함하여 부모로서의 본인의 권리에 대해 설명했습니다. 본인은 Ohio 조기 개입(EI) 부모 권리 안내서를 받았습니

ohioearlyintervention.org/printed-materials). 본인은 EI 불만 사항이 있는 경우, 선택사항으로 분쟁 해결책이 있음을 알고 있습니다. 본인은 제 아이의 기록 공개 또는 교환에 대하여 이해하고 동의합니다. 본인은 정보 교환에 동의하더라도 조기 개입 기관이 아닌 다른 기관에서 정보 공개를 위해 자체 양식을 요구할 수 있음을 이해합니다.

부모 성명

부모 서명

날짜

이 양식을 EI 서비스 코디네이터가 아닌 다른 사람이 작성한 경우, EI 제공자는 서명된 동의서 사본을 서명일로부터 5일 이내에 EI 서비스 코디네이터에게 보내야 합니다.



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

오늘 날짜

아동의 이름

아동의 생년월일

ETID 번호

전환계획회의(TPC)에 대한 동의:

자녀가 세 살이 되어 조기 개입 서비스를 마치기 전에, 전환 계획 회의를 열어 자녀가 만 3세에 받을 자격이 있는 서비스와 지원으로 원활하게 전환하는 것을 돕는 방법을 함께 계획할 수 있습니다. 이 회의는 자녀의 3번째 생일 9개월 전~90일 전에 이루어져야 합니다. 이 회의를 잡기 전에, 귀하와 귀하의 EI 팀은 지역사회 서비스 제공자를 포함하여, 이 회의에 초대하고 싶은 다른 사람들을 파악할 수 있습니다.

- 본인은 TPC 일정 잡기에 동의합니다
- 본인은 TPC 일정 잡기에 동의하지 않습니다.

만약 귀하의 자녀가 유치원 특수 교육 서비스를 받을 자격이 된다면, 해당 지역 교육청이 그 서비스 제공을 책임지게 됩니다. 특수 교육 유치원 대상 자격('파트 B')을 결정하는 절차를 설명해 줄 교육청 담당자를 초대하는 것이 유익합니다. 다른 지역사회 서비스 제공자들도 이 회의에 초청될 수 있습니다.

- 본인은 TPC에 교육청 담당자를 초대하는 것에 동의합니다.
- 본인은 TPC에 교육청 담당자를 초대하는 것에 동의하지 않습니다.

만약 귀하와 EI 팀이 자녀가 유치원 특수 교육 서비스 대상이 아니라고 판단하거나, 교육청을 초대하고 싶지 않다면, 귀하가 잠재적인 지원 기관으로 파악한 다른 지역 사회 서비스 제공자들과 전환 계획 회의 일정을 잡을 수 있습니다.

부모 성명

부모 서명

날짜



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

오늘 날짜

아동의 이름

아동의 생년월일

ETID 번호

자녀를 지역교육기관 및 Ohio 교육부(Department of Education and Workforce, DEW)에 의뢰하는 데 동의

Ohio 조기 개입(EI)은 최근 귀하의 자녀에 대한 의뢰를 받았습니다. EI는 출생부터 만 3세까지의 발달 지체 및 장애 아동 대상 프로그램이며, EI가 자격성 여부를 결정하기에는 귀하 자녀의 연령이 3세에 너무 가깝습니다. 그러나, 귀하의 자녀에게 발달 지체나 장애가 있는 것으로 의심되는 경우, 장애인 교육법 파트 B에 따라 유치원 특수 교육 서비스를 받을 자격이 될 수 있습니다.

해당 지역 교육청에 연락해 의뢰를 요청할 수도 있습니다.

EI가 해당 지역 교육청에 연락하여 의뢰가 이루어지도록 하려면 귀하의 동의가 필요합니다. 귀하의 동의가 있을 경우, 저희는 귀하의 연락 정보와 자녀의 이름 및 생년월일을 자녀의 담당 교육청과 ODEW에 제공할 것입니다.

본인은 본인의 연락 정보와 제 아이의 이름이 해당 교육청 및 ODEW와 공유될 것이라는 점을 전적으로 알고 이해합니다. 본인은 본 양식과 함께 Ohio 조기 개입 부모 권리 안내서를 받았습니다 (ohioearlyintervention.org/printed-materials). 본인은 EI 불만 사항이 있는 경우, 선택사항으로 분쟁 해결책이 있음을 알고 있습니다. 본인은 EI가 제 아이의 이름과 생년월일, 본인의 연락 정보를 해당 교육청과 ODEW에 제공하는 데 동의합니다.

부모 성명

부모 서명

날짜

부모 도로명 주소

부모 이메일 주소

부모 전화번호

부모 도시, 주, 우편번호

*부모 서명을 받은 후, 이 서명된 양식을 다음 주소로 이메일로 보내야 합니다.
EI@childrenandyouth.ohio.gov 으로 이메일을 보내면 의뢰가 완료됩니다.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

양식 EI-10

오늘 날짜

아동의 이름

아동의 생년월일

ETID 번호

부모 성명

종료에 대한 사전 서면 통지

Ohio 조기 개입(EI)은 귀하와 귀하의 자녀를 위하여 EI 서비스를 종료할 것을 제안합니다. Ohio EI는 아동이 만 9세가 될 때까지 관련 기록을 보관합니다. 귀하는 자녀의 기록을 검토하거나 요청할 권리가 있습니다. Ohio 조기 개입은 다음과 같은 사유로, 이 통지일로부터 10일 후 귀하 자녀의 EI 시스템 종료를 제안합니다.

- 귀하의 자녀는 선별검사를 받았으며 발달 지연이나 장애가 의심되지 않았습니다. 언제든지 담당 EI 서비스 코디네이터에게 연락해서 평가를 요청할 수 있습니다.
- 필수 일반평가 또는 측정평가가 완료되지 않았습니다.
- 귀하의 자녀가 EI 서비스 자격성 요건을 충족하지 않습니다.
- 귀하의 자녀가 Ohio 주 이외의 곳으로 이사했습니다.

- 자녀의 IFSP 성과목표들이 달성되었으며, 팀은 추가적인 IFSP 성과목표는 필요하지 않다고 판단했습니다.
- 귀하가 현재 EI 서비스에 더 이상 관심이 없거나 참여할 수 없다고 저희에게 알려주셨습니다. 귀하와 연락이 되지 않았습니다. 본 통지를 받으신 날로부터 10일 이내에 여전히 EI 서비스를 받는 데 관심이 있으시다면 EI 서비스 코디네이터에게 연락해 주세요.
- 귀하의 자녀는 만 3세가 되기 전에 IEP에 따라 '파트 B' 서비스로 전환되었습니다.

제안되는 종료일:

의견:

귀하는 부모로서 선택사항인 분쟁 해결책을 이용할 수 있습니다. EI 학부모 권리 안내서 (ohioearlyintervention.org/printed-materials) 사본이 동봉되어 있습니다. 여전히 조기 개입 서비스를 받고 싶거나 자녀의 종료 사유가 불분명하거나 부정확하다고 생각하시는 경우 저에게 문의해 주세요.

EI 서비스 코디네이터 이름

EI 서비스 코디네이터 연락처 정보

여기에서 자녀의 발달 상황을 추적할 수 있습니다 - www.helpmegrow.org/ASQ.
귀하의 자녀가 만 3세가 되기 전에 1-800-755-4769로 중앙접수처(Central Intake)에
연락하거나 언제든지 웹사이트 www.ohioearlyintervention.org에서 재의뢰를 할 수 있습니다.



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

양식 EI-11

오늘 날짜

아동의 이름

아동의 생년월일

ETID 번호

부모 성명

서비스 변경 제안에 대한 사전 서면 통지

Ohio 조기 개입(EI) 서비스는 개별화된 가족 서비스 계획(IFSP) 절차를 통해 결정됩니다. 해당 서비스에 대한 사전 서면 통지는 IFSP 회의에서 IFSP 양식을 통해 제공됩니다. 하지만 Ohio EI 서비스 제공자가 IFSP 회의 이전에 EI 서비스를 종료할 것을 제안할 경우, 해당 서비스 종료 최소 10일 전에 이 사전 서면 통지를 받아야 합니다. 담당 서비스 코디네이터가 다음 단계를 논의하기 위해 IFSP 회의 일정을 잡기 위해 귀하께 연락드릴 것입니다.

Ohio 조기 개입이 귀하의 자녀와 가족에게 제공되던 하나 이상의 EI 서비스를 종료할 것을 제안합니다.

제안된 변경사항에 대한 자세한 정보

변경 제안 이유

제안된 변경 예정일(오늘 날짜로부터 10일 이상)

이 조치에 대해 질문이 있으신 경우 최대한 빨리 연락해 주시기 바랍니다.

EI 서비스 제공자 이름

EI 서비스 제공자 연락처 정보

귀하는 부모로서 선택사항인 분쟁 해결책을 이용할 수 있습니다. Ohio 조기 개입 부모 권리 안내서 사본이 동봉되어 있습니다(ohioearlyintervention.org/printed-materials). 질문이 있으시면 다음 연락처로 EI 서비스 코디네이터에게 연락하세요.

EI 서비스 코디네이터 이름

EI 서비스 코디네이터 연락처 정보

기한의 포기(선택사항)

본인은 제안된 활동을 변경하기 10일 전에 서면 통지를 받을 권리를 포기하는 것을 이해하고 이에 동의합니다.

부모 이니셜

날짜

(날짜), (이름/역할)

부모에게 이 통지서 및 동의서 사본 제공

직접 우편을 통해 이메일을 통해.

EI 서비스 코디네이터가 아닌 사람이 이 양식을 작성했다면, EI 제공자는 통지를 제공한 후 5 일 이내에 EI 서비스 코디네이터에게 이 서류를 보내야 합니다.



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

양식 EI-12

아동 이름

아동의 생년월일

부모 이름

ETID 번호

진단받은 상태에 대한 증빙서류

본인 자녀의 진단명과 발달에 미치는 영향을 확인하기 위한 서류를 받기 위해, 이 양식을 담당 의료 전문가에게 보내는 것에 동의합니다.

부모 서명

날짜

의료 전문가님께 - 장애인 교육법(Individuals with Disabilities Education Act) 파트 C의 자격 요건에 관한 주 및 연방 요구사항에 따르면, 대부분의 의학적 진단에 대해 조기 개입(EI) 자격 요건이 자동으로 부여되는 것은 아닙니다. 그러나 정신 또는 신체 상태를 진단하고 치료할 수 있는 면허 보유 전문가는 특정 아동의 진단 상태가 발달 지체를 초래할 가능성이 있다고 결정할 수 있습니다. 그 후 EI 팀에서 포괄적인 평가를 통해 해당 아동의 프로그램 필요사항을 결정합니다. 이 양식을 이용해 EI 자격 여부를 판정받으려면 모든 항목을 다 작성하셔야 합니다.

해당 칸에 아동의 구체적인 진단 내용을 명시하세요.
“전반적인 지체”, “발달 지체” 또는 “언어 우려사항”같은 발달 우려사항은 포함시키지 마세요.

본인은 이 아동의 의학적 상태가 다음 발달 영역 중 최소 1개 이상에서 발달 지체를 초래할 가능성이 있다고 봅니다(해당되는 모든 항목에 표시)

- 의사소통
- 운동
- 시각
- 청각

- 사회성/정서
- 적응/자기 관리/독립성
- 인지/문제 해결
- 기타(기재하세요)

의견(선택사항)

본인은 이 아동의 의료 상태가 발달 지체로 될 가능성이 있다고 보지 않습니다. 그러나, 본인은 부모와 아동에게 자격 여부를 확인하기 위한 발달 평가를 받을 권리가 있음을 이해합니다.

정신 또는 신체 상태를 진단하고 치료할 수 있는 면허 보유 전문가

이름

면허 유형

전화

서명

이메일

날짜

본 양식을 아동의 조기 개입 서비스 코디네이터에게 제출하세요.

EI 서비스 코디네이터 이름

팩스 번호

이메일

EI 서비스 코디네이터 전용

양식 접수 날짜



Department of Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

양식 EI-13

오늘 날짜

아동의 이름

아동의 생년월일

ETID 번호

家长姓名

개별가족서비스계획(IFSP) 회의 통지

다음에 대해 회의를 하고자 합니다.

- 측정평가를 마치고 "초기" IFSP 일정이 잡힐 때까지 임시 IFSP 개발.
- 자격성 및 측정평가 정보를 검토하고 첫 ("초기") IFSP 개발.
- IFSP에서 확인된 목표를 성취하기 위한 진행 상황, 목표에 대한 수정 또는 변경 및 IFSP에서 확인된 조기 개입 서비스 필요 여부 결정에 대한 정기 검토 실시.
- 측정평가 정보를 검토하고 연간 IFSP 개발.
- 이 IFSP 회의에는 전환계획회의가 포함됩니다.

우리는 다음에 대한 회의 일정에 동의합니다

날짜

시간

위치

다음 조기 개입 서비스 제공자가 IFSP 회의에 초대되었습니다. 그들에게 이 고지서가 발송됩니다.

이름, 직무 또는 기관

이름, 직무 또는 기관

이름, 직무 또는 기관

이름, 직무 또는 기관

귀하는 다음 사람을 IFSP 회의에 초대하도록 요청하였습니다. 그들에게 이 고지서가 발송됩니다.

이름, 역할 또는 관계

이름, 역할 또는 관계

이름, 역할 또는 관계

이름, 역할 또는 관계

이 회의와 관련해 질문이나 변경하고 싶은 사항이 있으시면 담당 EI 서비스 코디네이터인 저에게 연락하세요.

EI 서비스 코디네이터 이름

EI 서비스 코디네이터 연락처 정보



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

양식 EI-14

전문가 의뢰 후속 조치

오늘 날짜	의뢰된 아동의 이름	아동의 생년월일	EI 프로그램 의뢰 날짜
아동을 의뢰한 전문가 이름		기관명	전문가 또는 기관 연락 정보

- EI 프로그램이 자녀의 의뢰 상태에 대한 정보를 공유하는 것에 대해 부모의 동의를 얻지 못했습니다. 자세한 내용은 가족에게 연락하세요.
- 수 차례 부모에게 연락을 시도했으나 연락되지 않았습니다. 부모 연락 정보가 변경된 경우 연락해서 알려주세요.

부모는 다음 정보 공유에 동의했습니다:

- 부모가 Ohio 조기 개입 서비스를 거부했습니다.
 - 해당 아동은 Ohio 조기 개입을 받을 자격이 있으며 IFSP가 개발되었습니다.
 - 해당 아동이 평가를 받았으나 Ohio 조기 개입을 받을 자격이 없습니다.
 - 발달 선별검사가 제공되었고 아동에게서 지체나 장애가 의심되지 않았습니다.
- 기타:

본인의 서비스 코디네이터는 제 아이의 EI 의뢰 상태에 관한 모든 정보를 저에게 알리고 동의를 포함하여 부모로서의 본인의 권리에 대해 설명했습니다. Ohio EI 학부모 권리 안내서 사본을 받았습니다 (ohioearlyintervention.org/printed-materials). 본인은 EI 불만사항이 있는 경우, 선택사항으로 분쟁 해결책이 있음을 알고 있습니다. 본인은 제 아이를 의뢰한 전문가와 아이의 의뢰 상태에 관한 정보를 공유하는 것에 대해 이해하고 동의합니다.

부모 이름	부모 서명	날짜
-------	-------	----

Ohio 조기 개입은 귀하의 의뢰에 감사드립니다!
귀하는 언제든지 아래와 같이 하여 재의뢰할 수 있습니다
1-800-755-4769로 중앙 접수처(Central Intake)에 문의하거나 다음 주소로 이동
www.ohioearlyintervention.org



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

양식 EI-15

오늘 날짜

아동의 이름

아동의 생년월일

ETID 번호

조기 개입 서비스에 대한 부모의 지불 능력 결정

문서(하나만 필요함)

(A) Ohio Medicaid 카드

(B) Ohio WIC 카드

(C) 부모 소득

부모 이니셜

소득 정보를 제공하면 EI 서비스 코디네이터가 나의 소득에 기반한 다른 지원 자격이 있는지를 판단할 수 있음을 이해합니다. 하지만 본인은 재정 정보를 공유하지 않기로 선택했으며, OAC 5123-10-03 (D) 규정에 따라 공적 자금으로 지원되는 첫 100단위를 초과하는 조기 지원 서비스 비용은 본인이 부담해야 함을 이해합니다.

부모 소득:

주간(52)

격주(26)

월간(12)

격월 (24)

가족 수: _____

급여 명세서 날짜

총 금액

부모 소득:

주간(52)

격주(26)

월간(12)

격월 (24)

가족 수: _____

급여 명세서 날짜

총 금액

가족 소득이 무보험 아동에 대한 건강한 시작 자격(Healthy Start Eligibility) 이하입니까?

(206% FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

예

아니요

OAC 5123-2-10-03 (D)에 따라 부모가 제공한 서류를 확인하고 검토하였으며, 해당 부모가 EI 서비스 비용을 지불할 수 없음 있음을 판단했습니다.

EI 서비스 코디네이터 이름

날짜

EI 서비스 코디네이터 서명

본인은 이 양식을 작성하기 위해 사용된 정보를 검토했으며 본인의 서비스 코디네이터는 EI 서비스에 대한 본인의 지불 가능 여부에 대해 본인에게 설명했습니다. Ohio 조기 개입 지급 시스템 안내서 사본을 받았습다 (ohioearlyintervention.org/printed-materials). 본인은 EI 불만 사항이 있는 경우, 선택사항으로 분쟁 해결책이 있음을 알고 있습니다.

부모 성명

부모 서명

날짜



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

양식 EI-16

주 사용 전용:

접수된 EI-16:

검토자:

CMACS #:

CMACS에 입력:

이메일 전송:

오늘 날짜 _____ 아동의 이름 _____

ETID 번호 _____ 아동의 생년월일 _____

조기 개입(EI) 서비스에 대한 지불

부모 성명			부모 성명		
주소			주소		
도시	주	우편번호	도시	주	우편번호
사회보장번호	아동과의 관계		사회보장번호	아동과의 관계	
주택 전화	직장 전화		주택 전화	직장 전화	
EI 서비스 코디네이터 이름			EI 서비스 코디네이터의 이메일		

제공자 기관의 이름:

카운티:

결제할 수 있나요? 예 아니요

아동 성별: 남자 여자

가족이 공공 또는 민간 보험 사용에 동의했나요? 예(EI-05 첨부) 아니요

아니요

자연적인 환경에서 서비스가 제공되나요? 예 아니요

가장 최근의 최초/연간 IFSP 날짜:

권장 IFSP 조기 개입 서비스 (필요한 경우 페이지 추가)

IFSP 유형: 초기 연간 정기

EI-16 재제출

권장 사항을 표시하세요 서비스	EI 서비스	횟수 (예: 8 x 45분/180일)	IFSP 서명 날짜	IFSP 종료 날짜	주 사용 전용	
					SVC 범주	단위
<input type="checkbox"/>	일반평가/측정평가				43 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/>	
	팀/IFSP 회의				EICAT1	
<input type="checkbox"/>	언어/OT 섭식 치료				ST	
<input type="checkbox"/>	말하기				치료	
<input type="checkbox"/>	OT					
<input type="checkbox"/>	PT					
견적을 첨부하셨나요? <input type="checkbox"/>	보조 기술					
<input type="checkbox"/>	기재된 EI 서비스가 없음:					

주 기록 전용



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

양식 EI-17

오늘 날짜

아동의 이름

아동의 생년월일

ETID 번호

특별 의료비 워크시트

부모 이름

부모 소득

주간(52) 격주(26) 월간(12) 격월(24)

가족 규모:

급여 명세서 날짜

총액

家长收入:

주간(52) 격주(26) 월간(12) 격월(24)

가족 규모:

급여 명세서 날짜

총액

총 연간 소득

연방빈곤기준(FPL)의 210-401% 또는 그 이상에 해당하는 가족 소득 계산은 <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>에서 찾을 수 있습니다.

총 연간 소득

x

EME

=

본인 부담 의료비

본인은 US Department of Health and Human Services에서 결정하고 Federal Register에 게시된 최신 연방 빈곤 기준을 토대로 예상 본인 부담 의료비를 계산했으며, 이 정보를 부모와 공유했습니다. DCY는 최종적으로 가족의 특별 의료비를 결정하기 위해 이 정보를 사용합니다.

EI 서비스 코디네이터

이름

EI 서비스 코디네이터 서명



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention