

## اطلاع‌رسانی و رضایت‌نامه کتبی قبلی برای غربالگری رشد و تکامل

غربالگری رشد و تکامل برای تعیین این است که آیا احتمال دارد فرزند شما دچار تأخیر رشدی باشد یا خیر. این غربالگری شامل جمع‌آوری اطلاعات از شما، والدین، و سایر افرادی است که تعیین می‌کنید، و همچنین استفاده از ابزار غربالگری‌ای که تمامی حوزه‌های رشد را پوشش می‌دهد. این غربالگری ممکن است شامل نظارت بر فرزند شما نیز باشد. شما می‌توانید در هر زمان، بدون توجه به نتیجه غربالگری، درخواست ارزیابی رشد و تکامل فرزندتان را داشته باشید. اطلاع‌رسانی کتبی باید حداقل 10 روز تقویمی پیش از انجام غربالگری در اختیار شما قرار گیرد.

همه‌هنگ‌کننده خدمات من، تمامی اطلاعات مربوط به غربالگری رشد و تکامل را در اختیارم قرار داده و حقوق من به عنوان والد، از جمله حق رضایت‌دادن، را برایم توضیح داده است. من یک نسخه از بروشور حقوق والدین در مداخله زودهنگام (EI) اوهایو را در اختیار دارم

( [ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials) ). می‌دانم که در صورت داشتن شکایت مربوط به برنامه EI، گزینه‌هایی برای حل اختلاف در اختیار دارم. این موضوع را درک می‌کنم و با انجام غربالگری رشد و تکامل فرزندم موافقت می‌کنم. می‌دانم که رضایت من داوطلبانه است و در هر زمان قابل لغو می‌باشد.

## صرف‌نظر از مهلت زمانی (اختیاری)

می‌دانم و با انصراف از حق خود برای دریافت اطلاع‌رسانی کتبی 10 روز تقویمی پیش از فعالیت پیشنهادی موافقت می‌کنم.

حروف اول نام و نام خانوادگی والد(ین)

تاریخ

تاریخ

امضای والد(ین)

نام والد(ین)



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

## اطلاع‌رسانی و رضایت‌نامه کتبی قبلی برای ارزیابی و سنجش رشد و تکامل

ارزیابی رشد و تکامل توسط یک تیم مداخله زودهنگام (EI) — متشکل از یک یا چند متخصص — انجام می‌شود تا در صورت نبود یک وضعیت پزشکی تأییدشده، واجد شرایط بودن فرزند شما تعیین گردد.

ارزیابی فرزند شما، که اغلب هم‌زمان با ارزیابی رشد و تکامل انجام می‌شود، با هدف درک نحوه مشارکت فرزندتان در فعالیت‌ها و روال‌های روزمره خانواده‌تان صورت می‌گیرد. ارزیابی و سنجش شامل موارد زیر است:

- بررسی سوابق مرتبط، از جمله سوابق پزشکی‌ای که شما با ارائه آن‌ها موافقت می‌کنید
- بررسی فرزند شما
- بازخورد از سوی شما درباره رشد فرزندتان، از جمله مشارکت او در فعالیت‌ها و روال‌های روزمره خانواده
- استفاده از ابزارهای ارزیابی و سنجش که اطلاعاتی درباره رشد فرزند شما در حوزه‌های ارتباطی، سازگاری/خودمراقبتی، اجتماعی/عاطفی، شناختی/تفکر/حل مسئله، حرکتی/جنبشی، بینایی و شنوایی ارائه می‌دهند.

در جریان ارزیابی مبتنی بر خانواده، شما نگرانی‌ها و اولویت‌های خود را برای گنجاندن موفقیت‌آمیز فرزندتان در فعالیت‌های روزمره خانواده به اشتراک می‌گذارید. منابعی را که در اختیار دارید یا ممکن است برای حمایت از رشد فرزندتان به آن‌ها نیاز داشته باشید، مورد گفتگو قرار خواهید داد.

اگر مشخص شود که فرزند شما واجد شرایط است، اطلاعات حاصل از ارزیابی و سنجش فرزندتان و همچنین ارزیابی مبتنی بر خانواده برای تدوین برنامه خدمات خانواده‌محور فردی‌شده و تعیین خدمات EI مورد نیاز برای حمایت از شما و فرزندتان استفاده می‌شود. اطلاع‌رسانی کتبی باید حداقل 10 روز تقویمی پیش از انجام ارزیابی و سنجش در اختیار شما قرار گیرد.

پیشنهاد می‌کنیم که (لطفاً همه موارد قابل اجرا را علامت بزنید):

### صرف نظر از مهلت زمانی (اختیاری)

می‌دانم و با انصراف از حق خود برای دریافت اطلاع‌رسانی کتبی 10 روز تقویمی پیش از فعالیت پیشنهادی موافقت می‌کنم.

با انجام یک ارزیابی رشد و تکامل، واجد شرایط بودن فرزندتان برای دریافت خدمات برنامه EI را مشخص کنید

نقاط قوت و نیازهای فرزندتان را از طریق یک ارزیابی رشد و تکامل شناسایی کنید

نگرانی‌ها، اولویت‌ها و منابع مرتبط با حمایت از رشد فرزندتان را از طریق یک ارزیابی مبتنی بر خانواده شناسایی کنید

حروف اول نام و نام خانوادگی والد(ین)

تاریخ

هماهنگ‌کننده خدمات من، تمامی اطلاعات مربوط به ارزیابی و/یا سنجش فرزندم و همچنین ارزیابی مبتنی بر خانواده را در اختیارم قرار داده و حقوقم را به‌عنوان والد، از جمله موضوع رضایت‌دادن، برابرم توضیح داده است. من یک نسخه از بروشور حقوق والدین در مداخله زودهنگام اوهایو را در اختیار دارم ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). می‌دانم که در صورت داشتن شکایت مربوط به برنامه EI، گزینه‌هایی برای حل و فصل اختلاف در اختیار دارم. می‌دانم که برای دریافت خدمات در سیستم EI، باید واجد شرایط بودن فرزندم تعیین شده و ارزیابی او تکمیل گردد. همچنین می‌دانم که تصمیم من درباره ارزیابی مبتنی بر خانواده تأثیری بر واجد شرایط بودن فرزندم برای دریافت خدمات برنامه EI ندارد. من می‌دانم که رضایت من داوطلبانه است و در هر زمان قابل لغو می‌باشد.

من با انجام موارد زیر موافقت می‌کنم: \_\_\_\_\_ ارزیابی فرزندم \_\_\_\_\_ ارزیابی فرزندم \_\_\_\_\_ ارزیابی مبتنی بر خانواده.  
(ابتدای حروف نام و نام خانوادگی) (ابتدای حروف نام و نام خانوادگی) (ابتدای حروف نام و نام خانوادگی)

تاریخ

امضای والد(ین)

نام والد(ین)



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

شماره ETID

نام(های) والدین

تاریخ تولد کودک

نام کودک

تاریخ امروز

## اطلاعیه کتبی قبلی درباره تعیین صلاحیت

تاریخ تعیین صلاحیت

سن اصلاح شده (در صورت لزوم)

سن فرزند

دلیل یا دلایل ارجاع

### وضعیت صلاحیت

به دلیل تشخیص یک وضعیت جسمی یا روانی که به احتمال زیاد منجر به تأخیر رشدی خواهد شد، **فرزند شما واجد شرایط مداخله زودهنگام اوهایو (EI) است.** \*

وضعیت تشخیص داده شده:

مدارک مورد استفاده برای تأیید تشخیص:

(\* اگر فرزند شما به دلیل یک وضعیت تشخیص داده شده واجد شرایط برنامه EI باشد، ادامه این صفحه و صفحه 2 تکمیل نخواهد شد.)

**فرزند شما واجد شرایط برنامه مداخله زودهنگام ایالت اوهایو (EI) است،** به دلیل تأخیر رشدی که توسط تیم ارزیابی EI از طریق یکی از روش‌های زیر تشخیص داده شده است\*\*

نمرات حاصل از ابزار ارزیابی یا  نظر تخصصی مبتنی بر شناخت، در یکی یا چند مورد از حوزه‌های زیر:

- |                                       |  |                                     |                                 |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ارتباط بیانی | <input type="checkbox"/> اجتماعی/عاطفی | <input type="checkbox"/> حرکات ظریف | <input type="checkbox"/> تطبیقی |
| <input type="checkbox"/> درک ارتباطی  | <input type="checkbox"/> شناختی        | <input type="checkbox"/> حرکات کلی  |                                 |

**فرزند شما واجد شرایط برنامه مداخله زودهنگام اوهایو (EI) نیست.** فرزند شما توسط یک تیم چندتخصصی ارزیابی شده است و براساس نمرات ارزیابی و نظر تخصصی تیم، هیچ‌گونه تأخیر رشدی مشاهده نشده است.\*\*

تاریخ تکمیل

### روش‌های استفاده شده برای تعیین وضعیت صلاحیت

(\*\* فقط در صورتی تکمیل شود که کودک به دلیل تأخیر رشدی واجد شرایط باشد یا واجد شرایط نباشد)

- بازبینی سابقه کودک از طریق پرونده‌های پزشکی/آموزشی/سایر مدارک
- بازبینی سابقه کودک از طریق مصاحبه با والدین/خانواده
- نظارت
- ابزار ارزیابی
  - مقیاس‌های Bayley برای رشد نوزادان و نوپایان
  - فهرست رشد Battelle
- فهرست بررسی شنوایی
- فهرست بررسی بینایی
- سایر (اختیاری):



## خلاصه‌ای از یافته‌های ارزیابی

## اعضای تیم ارزیابی چندرشته‌ای

<p>رشته تخصصی:</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص رشد</p> <p><input type="checkbox"/> آسیب شناس گفتار و زبان</p> <p><input type="checkbox"/> آموزگار پیش‌دستانی/آموزگار</p> <p><input type="checkbox"/> کاردرمانگر</p> <p><input type="checkbox"/> مهدکودک</p> <p><input type="checkbox"/> مددکار اجتماعی</p> <p><input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست</p> <p><input type="checkbox"/> کارشناس بینایی</p> <p><input type="checkbox"/> پرستار</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص شنوایی</p> <p><input type="checkbox"/> سایر: _____</p>	<p>نام ارزیاب:</p> <p>تلفن:</p> <p>ایمیل:</p>
<p>رشته تخصصی:</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص رشد</p> <p><input type="checkbox"/> آسیب شناس گفتار و زبان</p> <p><input type="checkbox"/> آموزگار پیش‌دستانی/آموزگار</p> <p><input type="checkbox"/> کاردرمانگر</p> <p><input type="checkbox"/> مهدکودک</p> <p><input type="checkbox"/> مددکار اجتماعی</p> <p><input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست</p> <p><input type="checkbox"/> کارشناس بینایی</p> <p><input type="checkbox"/> پرستار</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص شنوایی</p> <p><input type="checkbox"/> سایر: _____</p>	<p>نام ارزیاب:</p> <p>تلفن:</p> <p>ایمیل:</p>
<p>رشته تخصصی:</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص رشد</p> <p><input type="checkbox"/> آسیب شناس گفتار و زبان</p> <p><input type="checkbox"/> آموزگار پیش‌دستانی/آموزگار</p> <p><input type="checkbox"/> کاردرمانگر</p> <p><input type="checkbox"/> مهدکودک</p> <p><input type="checkbox"/> مددکار اجتماعی</p> <p><input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست</p> <p><input type="checkbox"/> کارشناس بینایی</p> <p><input type="checkbox"/> پرستار</p> <p><input type="checkbox"/> متخصص شنوایی</p> <p><input type="checkbox"/> سایر: _____</p>	<p>نام ارزیاب:</p> <p>تلفن:</p> <p>ایمیل:</p>

**اگر فرزند شما واجد شرایط برنامه مداخله زودهنگام اوهایو باشد:**

برنامه EI اوهایو پیشنهاد می‌دهد که با شما همکاری کند تا یک برنامه خدمات خانواده‌محور فردی (IFSP) تهیه شود، که شامل "نتایج مورد انتظار" (یا اهداف) و خدمات مداخله زودهنگام مورد نیاز برای دستیابی به این اهداف خواهد بود. زمانی که برنامه EI اوهایو تشخیص دهد که فرزند شما واجد شرایط است، باید حداقل ده روز تقویمی پیش از شروع یا ایجاد تغییر در یک خدمت EI، اطلاعیه کتبی قبلی دریافت کنید. این خدمت در جلسه تدوین برنامه خدمات خانواده‌محور فردی (IFSP) به برنامه خانواده شما اضافه خواهد شد. در صورت تمایل، می‌توانید از دوره ده‌روزه تقویمی قبل از شروع خدمت برنامه EI صرف‌نظر کنید. این موضوع در بخش 6 برنامه خدمات خانواده‌محور فردی (IFSP) ثبت خواهد شد. هماهنگ‌کننده خدمات برنامه EI با شما همکاری خواهد کرد تا زمان برگزاری جلسه IFSP تعیین شود.

نام هماهنگ‌کننده خدمات

شماره تلفن

آدرس ایمیل

**اگر فرزند شما واجد شرایط برنامه مداخله زودهنگام اوهایو نیست:**

این بدان معناست که فرزندتان در حال حاضر مهارت‌ها و رفتارهایی مشابه کودکان هم‌سن خود نشان می‌دهد.

برنامه EI اوهایو پیشنهاد می‌کند که فرزند شما حداقل 10 روز پس از تاریخ این اطلاعیه از سیستم EI خارج شود. در قسمت‌های زیر، تیم ارزیابی شما توصیه‌هایی برای ارتقای رشد فرزندتان و منابع و حمایت‌های احتمالی موجود در جامعه که ممکن است برای خانواده‌تان مفید باشند ارائه کرده است.

به‌عنوان والد، شما گزینه‌هایی برای حل اختلاف در اختیار دارید. یک نسخه از بروشور حقوق والدین در برنامه EI همراه این اطلاعیه پیوست شده است. لطفاً در صورت داشتن هرگونه سؤال یا عدم توافق با این نتایج، با هماهنگ‌کننده خدمات برنامه EI خود تماس بگیرید. در صورتی که پیش از سه‌سالگی فرزندتان نگرانی‌های جدیدی درباره رشد او داشته باشید، می‌توانید با هماهنگ‌کننده خدمات نیز تماس بگیرید.

نام هماهنگ‌کننده خدمات

شماره تلفن

آدرس ایمیل

حمایت‌ها و منابع اجتماعی که ممکن است مورد توجه شما قرار گیرد:

ایده‌ها و پیشنهادهایی برای ارتقای رشد فرزند شما:



شماره ETID	_____	دوره‌ای <input type="checkbox"/>	دوره‌ای <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> اولیه	نوع و تاریخ
	_____	TPC <input checked="" type="checkbox"/>	دوره‌ای <input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> سالانه	IFSP

**بخش 1: اطلاعات کودک و خانواده**

نام کوچک کودک	نام خانوادگی	نام مستعار	تاریخ تولد
زبان‌های مورد استفاده در گفتگو با کودک	مترجم نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نژاد و قومیت کودک	منطقه مدرسه محل سکونت کودک
نام والد	آدرس	کودک با او زندگی می‌کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
نسبت با کودک در صورتی که والدین بیولوژیکی یا پدر یا مادر خوانده نیستید		تلفن: همراه: شماره تلفن منزل: شماره تلفن محل کار:	
آدرس ایمیل	روش ترجیحی برای تماس <input type="checkbox"/> تماس <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> متنی	زمان‌های ترجیحی برای تماس	
نام والد	آدرس	کودک با او زندگی می‌کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
نسبت با کودک در صورتی که والدین بیولوژیکی یا پدر یا مادر خوانده نیستید		تلفن: همراه: شماره تلفن منزل: شماره تلفن محل کار:	
آدرس ایمیل	روش ترجیحی برای تماس <input type="checkbox"/> تماس <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> متنی	زمان‌های ترجیحی برای تماس	

سایر اطلاعات مهم خانواده  
(هر چیزی که می‌خواهید تیم شما درباره فرهنگ خانواده، باورهای معنوی یا شرایط زندگی‌تان بدانند)

**بخش 2: اطلاعات هماهنگ‌کننده خدمات مداخله زودهنگام**

- هماهنگ‌کننده خدمات مداخله زودهنگام (EI) به‌عنوان نقطه تماس اصلی برای انجام فعالیت‌های زیر در طول مشارکت شما در برنامه EI عمل می‌کند. این شامل موارد زیر می‌شود -
- توضیح و اطمینان از حقوق شما در برنامه EI
- هماهنگ کردن و اجد شرایط بودن اولیه فرزندان
- هماهنگ کردن جلسات برنامه خدمات خانواده فردی (IFSP) در چارچوب زمانی تعیین‌شده، از جمله جلساتی که توسط شما درخواست می‌شود
- کمک به تیم IFSP در تدوین نتایجی که کاربردی بوده و نگرانی‌ها و اولویت‌های شما را منعکس می‌کنند
- کمک به شما در شناسایی، تأمین، تأمین مالی و نظارت بر خدمات مورد نیاز EI
- کمک به شما در یافتن و ارتباط با سایر حمایت‌ها و منابعی که به آن‌ها نیاز دارید و می‌خواهید
- تسهیل تدوین یک طرح گذار پیش از سه‌سالگی

نام هماهنگ‌کننده خدمات EI	تلفن	ایمیل
نام اژانس	نام مسئول و اطلاعات تماس با وی	

## بخش 3: ارزیابی کودک و خانواده

## تاریخ تکمیل:

ارزیابی کودک

ارزیابی هدایت‌شده توسط خانواده

در طول ارزیابی‌های کودک و خانواده شما، تیم ارزیابی اطلاعات را از منابع مختلف جمع‌آوری کرده است. این اطلاعات در صفحات زیر خلاصه شده و مبنایی برای تدوین نتایج و شناسایی راهبردها و فعالیت‌ها به منظور پاسخگویی به نیازهای کودک و خانواده شما خواهد بود.

## تاریخ تکمیل

## فعالیت‌های ارزیابی کودک که باید انجام شده یا بازبینی شده باشند

---



---



---



---



---



---



---



---

- بازبینی مدارک واجد شرایط بودن
- بازبینی سابقه کودک از طریق پرونده‌های پزشکی/آموزشی/سایر مدارک
- بازبینی سابقه کودک از طریق مصاحبه با والدین/خانواده
- جمع‌آوری اطلاعات از مراقبان، اعضای خانواده، و/یا دیگران برای درک کامل نقاط قوت و نیازهای منحصر به فرد کودک
- شناسایی سطح عملکرد کودک در چارچوب فعالیت‌ها و روال‌های روزانه خانواده شما
- فهرست بررسی شنوایی
- فهرست بررسی بینایی
- سایر (اختیاری):

## خلاصه سابقه کودک

این خلاصه‌ای از اطلاعات مرتبط است که از طریق مصاحبه با والدین و پرونده‌های پزشکی، آموزشی یا سایر مدارک به دست آمده است، از جمله سابقه تولد، سن بارداری، شرایط پزشکی یا تشخیص‌ها، بیماری‌ها، بستری‌ها، داروها، وضعیت/غریبالگری بینایی و شنوایی، نیازهای تغذیه‌ای/خوراک و سایر اطلاعات رشد.

## خلاصه فعالیت‌ها و روال‌های روزانه

ساده‌ترین یا لذت بخش‌ترین اوقات روز با فرزندتان

فعالیت/کارهای همیشگی	چه کسی در این فعالیت‌ها نقش دارد؟	چه چیزی باعث می‌شود فعالیت/کارهای همیشگی به خوبی پیش برود؟

چالش برانگیزترین یا خسته کننده‌ترین زمان‌های روز با فرزندتان

فعالیت/کارهای همیشگی	چه کسی در این فعالیت‌ها نقش دارد؟	چه چیزی باعث می‌شود آن فعالیت/کارهای همیشگی چالش برانگیز باشد؟

## خلاصه‌ای از رشد کودک شما

کودکان مهارت‌هایی را در سه حوزه عملکردی که به عنوان سه نتایج کودک Three Child Outcomes شناخته می‌شوند، توسعه می‌دهند: (1) توسعه مهارت‌های اجتماعی-عاطفی مثبت؛ (2) کسب و استفاده از دانش و مهارت‌ها؛ و (3) انجام اقدامات مناسب برای برآورده کردن نیازهای خود. تیم شما اطلاعات را از طریق مشاهده، مصاحبه با خانواده، بازبینی پرونده‌های کودک و اطلاعاتی که درباره مشارکت کودک در فعالیت‌ها و روال‌های خانوادگی ارائه کرده‌اید، گردآوری کرده است. این خلاصه‌ها از سطح فعلی رشد کودک شما نشان‌دهنده نقاط قوت و نیازهای فردی او در مقایسه با همسالان است. این لینک اطلاعات بیشتری درباره تجزیه و تحلیل مهارت‌های عملکردی برای هر یک از [سه نتیجه کودک](#) ارائه می‌دهد.

## توسعه مهارت‌های اجتماعی-عاطفی مثبت

این خلاصه‌ای است از نحوه تعامل و بازی کودک شما با خانواده، سایر بزرگسالان و کودکان. این شامل موارد زیر می‌شود: (1) نشان دادن محبت به اعضای خانواده، (2) فهمیدن و استفاده از نام خود و دیگران، (3) برقراری ارتباط برای خوشامدگویی و خداحافظی، (4) بازی با بزرگسالان و همسالان آشنا و ناآشنا، (5) ابراز مالکیت بر اسباب‌بازی‌ها و به اشتراک گذاشتن با دیگران، (6) نشان دادن احساسات و آرام کردن خود هنگام ناراحتی، و (7) مشارکت در قوانین اجتماعی و بازی‌ها، مانند بازی دالی‌موشه، آواز خواندن، رقصیدن، بازی‌های تخیلی و نوبتی.

برای برنامه سالانه IFSP و در زمان خروج - آیا کودکان مهارت‌ها یا رفتارهای جدیدی را مرتبط با توسعه مهارت‌های اجتماعی-عاطفی مثبت از زمان آخرین ارزیابی خلاصه نتیجه کودک Child Outcome Summary نشان داده است؟

بله  خیر

## بیانیه ارزیابی خلاصه نتیجه کودک (COS) - نسبت به همسالان، کودکان:

- |                          |   |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | کودک در این زمینه از مهارت‌هایی استفاده می‌کند که بیشتر از یک کودک بسیار کوچکتر انتظار می‌رود.  | <input type="checkbox"/> | گاهی از مهارت‌های متناسب با سن خود استفاده می‌کند. کودک مهارت‌های بیشتری مشابه یک کودک کوچکتر در این حوزه دارد.         |
| <input type="checkbox"/> | از برخی مهارت‌های اولیه که برای توسعه مهارت‌های متناسب با سن ضروری هستند، استفاده می‌کند. کودک هنوز از مهارت‌های متناسب با سن در این حوزه استفاده نمی‌کند.      | <input type="checkbox"/> | از بسیاری از مهارت‌های متناسب با سن استفاده می‌کند. کودک برخی از مهارت‌های مربوط به یک کودک کوچکتر را در این حوزه دارد. |
| <input type="checkbox"/> | از بسیاری از مهارت‌های اولیه که برای توسعه مهارت‌های متناسب با سن ضروری هستند، استفاده می‌کند. کودک هنوز از مهارت‌های متناسب با سن در این حوزه استفاده نمی‌کند. | <input type="checkbox"/> | از مهارت‌هایی که در این حوزه انتظار می‌رود، استفاده می‌کند. با این حال، احتمال نگرانی وجود دارد.                        |
| <input type="checkbox"/> | از تمامی مهارت‌هایی که در این حوزه انتظار می‌رود، استفاده می‌کند.   | <input type="checkbox"/> |   |

## کسب و استفاده از دانش و مهارت‌ها

این خلاصه‌ای است از نحوه بازی، یادگیری چیزهای جدید و انتقال دانش خود به دیگران توسط کودک شما. این شامل موارد زیر می‌شود: (1) مشاهده و یادگیری از دیگران، (2) حل مسئله، (3) تحلیل اطلاعات جدید، (4) مشارکت در بازی هدفمند، (5) «خواندن» کتاب‌ها، (6) درک دستورالعمل‌ها، و (7) استفاده از اشارات، کلمات یا علائم برای انتقال اطلاعات درباره دنیا به دیگران و پاسخ به سوالات.

برای برنامه سالانه IFSP و در زمان خروج - آیا کودک شما مهارت‌ها یا رفتارهای جدیدی مرتبط با کسب و استفاده از دانش و مهارت‌ها از زمان آخرین ارزیابی خلاصه نتیجه کودک نشان داده است؟

بله  خیر

**بیانیه ارزیابی خلاصه نتیجه کودک (COS) نسبت - به همسالان، کودکان:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> گاهی از مهارت‌های متناسب با سن خود استفاده می‌کند. کودک مهارت‌های بیشتری مشابه یک کودک کوچکتر در این حوزه دارد.         | <input type="checkbox"/> کودک در این زمینه از مهارت‌هایی استفاده می‌کند که بیشتر از یک کودک بسیار کوچکتر انتظار می‌رود.  |
| <input type="checkbox"/> از بسیاری از مهارت‌های متناسب با سن استفاده می‌کند. کودک برخی از مهارت‌های مربوط به یک کودک کوچکتر را در این حوزه دارد. | <input type="checkbox"/> از برخی مهارت‌های اولیه که برای توسعه مهارت‌های متناسب با سن ضروری هستند، استفاده می‌کند. کودک هنوز از مهارت‌های متناسب با سن در این حوزه استفاده نمی‌کند.      |
| <input type="checkbox"/> از مهارت‌هایی که در این حوزه انتظار می‌رود، استفاده می‌کند. با این حال، احتمال نگرانی وجود دارد.                        | <input type="checkbox"/> از بسیاری از مهارت‌های اولیه که برای توسعه مهارت‌های متناسب با سن ضروری هستند، استفاده می‌کند. کودک هنوز از مهارت‌های متناسب با سن در این حوزه استفاده نمی‌کند. |
| <input type="checkbox"/> از تمامی مهارت‌هایی که در این حوزه انتظار می‌رود، استفاده می‌کند.   |  |

## استفاده از اقدامات مناسب برای برآورده کردن نیازها

این خلاصه‌ای است از نحوه حرکت هدفمند کودک شما، کمک به مراقبت از خود و بیان خواسته‌ها و نیازهایش. این شامل موارد زیر می‌شود: (1) جابه‌جایی از مکانی به مکان دیگر، (2) خوردن و نوشیدن، (3) مشارکت در پوشیدن و درآوردن لباس، (4) خوابیدن در زمان چرت و شب، (5) مشارکت در حمام کردن، تعویض پوشک و استفاده از توالت، (6) پیروی از دستورالعمل‌های مربوط به ایمنی، و (7) بیان خواسته‌ها و نیازهای خود به دیگران.

برای برنامه سالانه IFSP و در زمان خروج - آیا کودک شما مهارت‌ها یا رفتارهای جدیدی مرتبط با استفاده از اقدامات مناسب برای برآورده کردن نیازها از زمان آخرین ارزیابی خلاصه نتیجه کودک یا Child Outcome نشان داده است؟

بله  خیر

## بیانیه ارزیابی خلاصه نتیجه کودک (COS) نسبت به - همسالان، کودکان:

- |                          |   |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | کودک در این زمینه از مهارت‌هایی استفاده می‌کند که بیشتر از یک کودک بسیار کوچکتر انتظار می‌رود.  | <input type="checkbox"/> | گاهی از مهارت‌های متناسب با سن خود استفاده می‌کند. کودک مهارت‌های بیشتری مشابه یک کودک کوچکتر در این حوزه دارد.         |
| <input type="checkbox"/> | از برخی مهارت‌های اولیه که برای توسعه مهارت‌های متناسب با سن ضروری هستند، استفاده می‌کند. کودک هنوز از مهارت‌های متناسب با سن در این حوزه استفاده نمی‌کند.      | <input type="checkbox"/> | از بسیاری از مهارت‌های متناسب با سن استفاده می‌کند. کودک برخی از مهارت‌های مربوط به یک کودک کوچکتر را در این حوزه دارد. |
| <input type="checkbox"/> | از بسیاری از مهارت‌های اولیه که برای توسعه مهارت‌های متناسب با سن ضروری هستند، استفاده می‌کند. کودک هنوز از مهارت‌های متناسب با سن در این حوزه استفاده نمی‌کند. | <input type="checkbox"/> | از مهارت‌هایی که در این حوزه انتظار می‌رود، استفاده می‌کند. با این حال، احتمال نگرانی وجود دارد.                        |
| <input type="checkbox"/> | از تمامی مهارت‌هایی که در این حوزه انتظار می‌رود، استفاده می‌کند.   | <input type="checkbox"/> |   |

**خلاصه ارزیابی هدایت‌شده توسط خانواده (FDA)****FDA انجام شده توسط:****نگرانی‌های خانواده**

این خلاصه‌ای است از نگرانی‌ها، مشکلات یا چالش‌هایی که کودک و/یا خانواده شما در روال‌ها و فعالیت‌های روزانه تجربه می‌کنند و پرداختن به آن‌ها می‌تواند برای تیم EI مفید باشد.

**منابعی برای خانواده**

این خلاصه‌ای است از منابعی که کودک/خانواده شما برای حمایت در اختیار دارند، از جمله افراد، فعالیت‌ها، برنامه‌ها یا سازمان‌ها، و همچنین منابعی که در حال حاضر در اختیار ندارید اما می‌خواهید یا می‌توانید از آن‌ها بهره‌مند شوید.

**اولویت‌های خانواده**

این خلاصه‌ای است از مهارت‌ها، فعالیت‌ها و/یا منابع خاصی که می‌خواهید کودک و/یا خانواده شما به‌واسطه خدمات مداخله زودهنگام کسب کنند.

## بخش 4: نتایج کودک و خانواده شما

این بخش یک نتیجه برای کودک یا خانواده را بر اساس آنچه می‌خواهید به آن دست یابید، شناسایی می‌کند، همچنین مراحل لازم برای رسیدن به این نتیجه را مشخص می‌کند. این نتیجه بر اساس اطلاعاتی است که شما درباره زندگی روزمره خانوادگان در طول ارزیابی کودک و خانواده ارائه داده‌اید. هر نتیجه IFSP باید به زبانی نوشته شود که برای همه به راحتی قابل درک باشد و با جزئیات کافی باشد تا تمام اعضای تیم بدانند چه زمانی به آن دست یافته شده است. نتایج باید بر اساس آنچه می‌خواهید به واسطه حمایت‌ها و خدمات EI در فعالیت‌های خانوادگان رخ دهد، تعیین شوند.

شماره نتیجه:	این نتیجه کودک به موارد زیر می‌پردازد:	توسعه روابط اجتماعی مثبت <input type="checkbox"/>	کسب و استفاده از مهارت‌ها و دانش جدید <input type="checkbox"/>	اقدام برای برآورده کردن نیازهای خود <input type="checkbox"/>	این نتیجه خانواده به موارد زیر می‌پردازد:	سلامت خانواده، مشارکت خانواده، یا اطلاعات <input type="checkbox"/>
--------------	--	---	--	--	---	--

نتیجه:

وضعیت فعلی در ارتباط با این نتیجه چیست؟

راهنما: چه مراحل و فعالیت‌هایی، از جمله چه کسی و چه زمانی، به ما کمک می‌کنند تا به نتیجه IFSP دست یابیم؟

حمایت‌هایی که در حال حاضر برای کمک به این نتیجه در دسترس داریم (رسمی و طبیعی، از جمله خدماتی که توسط EI ارائه نمی‌شوند).

بازبینی این نتیجه: بازبینی IFSP باید حداقل هر شش ماه یکبار انجام شود، اما می‌تواند زودتر نیز صورت گیرد. شما می‌توانید در هر زمانی درخواست بازبینی IFSP بدهید.

نتیجه بازبینی:

 نتیجه محقق شد  نتیجه را ادامه دهید  نتیجه را بازبینی کنید  نتیجه دیگر اولویت ندارد

نگرانی‌ها یا رویدادهای جدیدی که بر این نتیجه تأثیر می‌گذارند:

پیشرفت حاصل شده در جهت دستیابی به این نتیجه:

راهنماهای به‌روزرسانی‌شده:

## بخش 4: نتایج کودک و خانواده شما

این بخش یک نتیجه برای کودک یا خانواده را بر اساس آنچه می‌خواهید به آن دست یابید، شناسایی می‌کند، همچنین مراحل لازم برای رسیدن به این نتیجه را مشخص می‌کند. این نتیجه بر اساس اطلاعاتی است که شما درباره زندگی روزمره خانوادگان در طول ارزیابی کودک و خانواده ارائه داده‌اید. هر نتیجه IFSP باید به زبانی نوشته شود که برای همه به راحتی قابل درک باشد و با جزئیات کافی باشد تا تمام اعضای تیم بدانند چه زمانی به آن دست یافته شده است. نتایج باید بر اساس آنچه می‌خواهید به واسطه حمایت‌ها و خدمات EI در فعالیت‌های خانوادگان رخ دهد، تعیین شوند.

این نتیجه کودک به موارد زیر می‌پردازد:	توسعه روابط اجتماعی مثبت <input type="checkbox"/>	کسب و استفاده از مهارت‌ها و دانش جدید <input type="checkbox"/>	اقدام برای برآورده کردن نیازهای خود <input type="checkbox"/>	این نتیجه خانواده به موارد زیر می‌پردازد:	سلامت خانواده، مشارکت خانواده، یا اطلاعات <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	---	--

شماره نتیجه:

تاریخ افزودن نتیجه:

نتیجه:

وضعیت فعلی در ارتباط با این نتیجه چیست؟

راهنما: چه مراحل و فعالیت‌هایی، از جمله چه کسی و چه زمانی، به ما کمک می‌کنند تا به نتیجه IFSP دست یابیم؟

حمایت‌هایی که در حال حاضر برای کمک به این نتیجه در دسترس داریم (رسمی و طبیعی، از جمله خدماتی که توسط EI ارائه نمی‌شوند).

بازبینی این نتیجه: بازبینی IFSP باید حداقل هر شش ماه یکبار انجام شود، اما می‌تواند زودتر نیز صورت گیرد. شما می‌توانید در هر زمانی درخواست بازبینی IFSP بدهید.

نتیجه بازبینی:

 نتیجه محقق شد  نتیجه را ادامه دهید  نتیجه را بازبینی کنید  نتیجه دیگر اولویت ندارد

نگرانی‌ها یا رویدادهای جدیدی که بر این نتیجه تأثیر می‌گذارند:

پیشرفت حاصل شده در جهت دستیابی به این نتیجه:

راهنماهای به‌روزرسانی شده:

تاریخ بازبینی:

## بخش 4: نتایج کودک و خانواده شما

این بخش یک نتیجه برای کودک یا خانواده را بر اساس آنچه می‌خواهید به آن دست یابید، شناسایی می‌کند، همچنین مراحل لازم برای رسیدن به این نتیجه را مشخص می‌کند. این نتیجه بر اساس اطلاعاتی است که شما درباره زندگی روزمره خانوادتان در طول ارزیابی کودک و خانواده ارائه داده‌اید. هر نتیجه IFSP باید به زبانی نوشته شود که برای همه به راحتی قابل درک باشد و با جزئیات کافی باشد تا تمام اعضای تیم بدانند چه زمانی به آن دست یافته شده است. نتایج باید بر اساس آنچه می‌خواهید به واسطه حمایت‌ها و خدمات EI در فعالیت‌های خانوادتان رخ دهد، تعیین شوند.

این نتیجه کودک به موارد زیر می‌پردازد:	توسعه روابط اجتماعی مثبت <input type="checkbox"/>	کسب و استفاده از مهارت‌ها و دانش جدید <input type="checkbox"/>	اقدام برای برآورده کردن نیازهای خود <input type="checkbox"/>	این نتیجه خانواده به موارد زیر می‌پردازد:	سلامت خانواده، مشارکت خانواده، یا اطلاعات <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	---	--

شماره نتیجه:

تاریخ افزودن نتیجه:

نتیجه:

وضعیت فعلی در ارتباط با این نتیجه چیست؟

راهنما: چه مراحل و فعالیت‌هایی، از جمله چه کسی و چه زمانی، به ما کمک می‌کنند تا به نتیجه IFSP دست یابیم؟

حمایت‌هایی که در حال حاضر برای کمک به این نتیجه در دسترس داریم (رسمی و طبیعی، از جمله خدماتی که توسط EI ارائه نمی‌شوند).

بازبینی این نتیجه: بازبینی IFSP باید حداقل هر شش ماه یکبار انجام شود، اما می‌تواند زودتر نیز صورت گیرد. شما می‌توانید در هر زمانی درخواست بازبینی IFSP بدهید.

نتیجه بازبینی:

 نتیجه محقق شد  نتیجه را ادامه دهید  نتیجه را بازبینی کنید  نتیجه دیگر اولویت ندارد

نگرانی‌ها یا رویدادهای جدیدی که بر این نتیجه تأثیر می‌گذارند:

پیشرفت حاصل شده در جهت دستیابی به این نتیجه:

راهنماهای به‌روزرسانی‌شده:

تاریخ بازبینی:

## بخش 5: طرح گذار کودک و خانواده شما

حمایت‌ها و خدمات ارائه‌شده از طریق مداخله زودهنگام زمانی که کودک به سه‌سالگی می‌رسد، پایان می‌یابد. این بخش به‌عنوان طرح گذار شما عمل می‌کند و نیازهای گذار کودک و خانواده را شناسایی کرده و مراحل و فعالیت‌های لازم برای انجام این گذار از EI به‌صورت روان و بدون مشکل را مشخص می‌کند. تیم‌تان با شما همکاری خواهد کرد تا یک طرح تدوین کند و به شما کمک کند تا حمایت‌ها یا خدمات احتمالی جامعه که ممکن است برای کودک و خانواده‌تان مفید باشد، شناسایی کنید.

طرح شما بین 9 ماه ( ) و 90 روز پیش ( ) از سومین سالگرد تولد کودک‌تان تدوین خواهد شد.

تاریخ

تاریخ

اگر کودک‌تان ظرف 90 روز از تولد سه‌سالگی خود به EI ارجاع داده شده باشد، طرح گذار شما در جلسه اولیه IFSP تدوین خواهد شد.

فرآیند برنامه‌ریزی شامل موارد زیر خواهد بود:

- بحث با شما در مورد نیازهای آینده کودک و خانواده شما، خدمات و مکان‌های ممکن در آینده، و جزئیاتی که ممکن است در مورد این گزینه‌های خدماتی نیاز داشته باشید.
- روش‌های آماده‌سازی کودک‌تان برای تغییرات در ارائه خدمات، از جمله مراحل کمک به کودک برای سازگاری و عملکرد در یک محیط جدید. این ممکن است شامل هر چیزی از یادگیری سوار شدن به اتوبوس مدرسه، جدایی از اعضای خانواده، تا یادگیری و استفاده از دستگاه‌های ارتباطی یا سایر تکنولوژی‌های کمکی در یک محیط جدید باشد.
- شناسایی مراحل گذار، فعالیت‌ها، و هر چیزی که تیم IFSP تشخیص دهد برای حمایت از گذار ضروری است.
- با رضایت شما (در فرم EI-07 رضایت برای کنفرانس برنامه‌ریزی گذار)، یک کنفرانس برنامه‌ریزی گذار (TPC) با هر یک از ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی جامعه که به‌عنوان منابع بالقوه شناسایی کرده‌اید، برگزار خواهد شد.

در حالی که نام کودک، تاریخ تولد و اطلاعات تماس شما قبلاً با منطقه مدرسه به اشتراک گذاشته شده است، کنفرانس برنامه‌ریزی گذار فرصتی است که می‌توانید اطلاعات اضافی را به اشتراک بگذارید و یاد بگیرید. اگر کودک شما ممکن است در سن سه‌سالگی واجد شرایط خدمات آموزش ویژه پیش‌دبستانی باشد، این فرآیند برنامه‌ریزی همچنین شامل گفتگو‌هایی با شما در مورد نقش منطقه مدرسه و فرآیند کسب رضایت شما برای به اشتراک‌گذاری نسخه‌هایی از آخرین ارزیابی‌ها، سنجش‌ها و IFSP با منطقه مدرسه، و دعوت از نماینده منطقه مدرسه به کنفرانس برنامه‌ریزی گذار خواهد بود.

تاریخ تدوین نتیجه گذار با مراحل و خدمات:

منابع، مکان‌ها و/یا خدمات بالقوه آینده:

شماره نتیجه:

نتیجه گذار کودک: کودک شما برای داشتن یک گذار راحت به چه چیزی نیاز خواهد داشت؟

چه مراحل و فعالیت‌هایی، از جمله چه کسی و چه زمانی، به ما کمک می‌کنند تا به این نتیجه دست یابیم؟

این نتیجه گذار به موارد زیر می‌پردازد:

اقدام برای برآورده کردن نیازهای خود

کسب و استفاده از مهارت‌ها و دانش جدید

توسعه روابط اجتماعی مثبت

شماره نتیجه:

نتیجه گذار خانواده: برای حمایت از فرزندتان در این گذار به چه چیزهایی نیاز دارید؟

چه مراحل و فعالیت‌هایی، از جمله چه کسی و چه زمانی، به ما کمک می‌کنند تا به این نتیجه دست یابیم؟

نام کودک:

تاریخ تولد:

شماره ETID:

بازبینی نتیجه(های) گذار: بازبینی IFSP باید حداقل هر شش ماه یکبار انجام شود، اما می‌تواند زودتر نیز صورت گیرد. شما می‌توانید در هر زمانی درخواست بازبینی IFSP بدهید.

نتیجه بازبینی نتیجه گذار کودک:

تاریخ بازبینی:

نتیجه محقق شد  نتیجه را ادامه دهید  نتیجه را بازبینی کنید  نتیجه دیگر اولویت ندارد

نتیجه بازبینی نتیجه گذار خانواده:

نتیجه محقق شد  نتیجه را ادامه دهید  نتیجه را بازبینی کنید  نتیجه دیگر اولویت ندارد

نگرانی‌ها یا رویدادهای جدیدی که بر این نتایج تأثیر می‌گذارند:

پیشرفت حاصل شده در جهت دستیابی به این نتایج:

راهنماها، مراحل و فعالیت‌های به‌روزرسانی‌شده:

## بخش ۶: خدمات مداخله زودهنگام

خدمات مداخله زودهنگام ممکن است توسط یک ارائه‌دهنده خدمات اصلی (PSP) یا یک ارائه‌دهنده خدمات ثانویه (SSP) ارائه شوند. PSP در تمام باز دیده‌ها به‌طور مستقیم به خانواده کمک می‌کند/خدمت می‌دهد تا نتایج را پشتیبانی کرده و یادگیری و توسعه کودک را ارتقا دهد. SSP ها به‌طور دوره‌ای از طریق باز دیده‌های مشترک به PSP و خانواده در دستیابی به نتایج IFSP حمایت می‌کنند. باز دیده‌های مشترک بر اساس نیازهای PSP و خانواده به‌طور منظم انجام می‌شود. علاوه بر ارائه‌دهنده(گان) خدمات خودتان، شما همیشه دسترسی به یک تیم کامل از ارائه‌دهندگان EI دارید که برای حمایت از خانوادگان در دسترس هستند.

با استفاده از تمام اطلاعات موجود، تیم IFSP خدمات EI زیر را برای حمایت از نتایج ما شناسایی کرده است:

## تاریخ IFSP:

شماره(های) نتایج	پیش‌بینی شده تاریخ پایان	تاریخ شروع پیش‌بینی شده*	منبع تأمین مالی	تهاد ارائه‌دهنده خدمات	طول جلسه	تناوب	محل	روش	نوع خدمات EI
		<input type="checkbox"/> خدمت جدید							PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> خدمت جدید							PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> خدمت جدید							PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> خدمت جدید							PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> خدمت جدید							PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>

مکان: خانه (H)؛ جامعه (C)؛ سایرین (O)

روش: حضوری (P)؛ فناوری (T)

\*\*اگر قرار باشد خدمات جدید یا تغییر یافته‌ای ظرف 10 روز پس از این جلسه IFSP آغاز گردد، به بخش Waiver of Timeline یا «لغو زمان‌بندی» در قسمت 8 برنامه IFSP مراجعه فرمایید.

توضیح دلیل عدم ارائه هرگونه خدمت EI در محیط طبیعی:

مراحلی که هماهنگ‌کننده خدمات EI و خانواده انجام خواهند داد، از جمله تاریخ پیش‌بینی‌شده، برای انتقال خدمات به محیط طبیعی:

خدمات EI که مورد نیاز هستند، اما هنوز هماهنگ نشده‌اند:

مراحلی که هماهنگ‌کننده خدمات EI شما برای هماهنگ کردن خدمات مورد نیاز EI انجام خواهد داد:

دریافت به‌موقع خدمات

(TRS) تا تاریخ:

## بخش 7: مشارکت تیم

علاوه بر مشارکت‌های ارزشمندتان در توسعه این IFSP، افراد زیر در تعیین واجد شرایط بودن، ارزیابی و/یا توسعه IFSP مشارکت داشته‌اند:

نام هماهنگ‌کننده خدمت EI:		تلفن:	ایمیل:
نام:	ارزیاب/سنجش‌گر	ارائه‌دهنده خدمات	رشته تخصصی:
تلفن:			<input type="checkbox"/> متخصص رشد <input type="checkbox"/> آسیب شناس گفتار و زبان <input type="checkbox"/> آموزگار پیش‌دبستانی/آموزگار مهدکودک <input type="checkbox"/> کاردرمانگر <input type="checkbox"/> مددکار اجتماعی <input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست <input type="checkbox"/> کارشناس بینایی <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> متخصص شنوایی <input type="checkbox"/> سایر:
ایمیل:			
نقش:	<input type="checkbox"/> ارزیاب/سنجش‌گر	<input type="checkbox"/> ارائه‌دهنده خدمات	
نام:	ارزیاب/سنجش‌گر	ارائه‌دهنده خدمات	رشته تخصصی:
تلفن:			<input type="checkbox"/> متخصص رشد <input type="checkbox"/> آسیب‌شناس گفتار و زبان <input type="checkbox"/> آموزگار پیش‌دبستانی/آموزگار مهدکودک <input type="checkbox"/> کاردرمانگر <input type="checkbox"/> مددکار اجتماعی <input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست <input type="checkbox"/> کارشناس بینایی <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> متخصص شنوایی <input type="checkbox"/> سایر:
ایمیل:			
نقش:	<input type="checkbox"/> ارزیاب/سنجش‌گر	<input type="checkbox"/> ارائه‌دهنده خدمات	
نام:	ارزیاب/سنجش‌گر	ارائه‌دهنده خدمات	رشته تخصصی:
تلفن:			<input type="checkbox"/> متخصص رشد <input type="checkbox"/> آسیب شناس گفتار و زبان <input type="checkbox"/> آموزگار پیش‌دبستانی/آموزگار مهدکودک <input type="checkbox"/> کاردرمانگر <input type="checkbox"/> مددکار اجتماعی <input type="checkbox"/> فیزیوتراپیست <input type="checkbox"/> کارشناس بینایی <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> متخصص شنوایی <input type="checkbox"/> سایر:
ایمیل:			
نقش:	<input type="checkbox"/> ارزیاب/سنجش‌گر	<input type="checkbox"/> ارائه‌دهنده خدمات	

سایر اسامی شرکت‌کنندگان

نقش/نسبت با خانواده


## بخش ۸: اطلاع‌رسانی کتبی قبلی و رضایت برای خدمات EI

## رضایت والد

من با ارائه خدمات مداخله زود هنگام شرح داده شده در این IFSP موافقم. من در تهیه این IFSP مشارکت داشته‌ام و کاملاً مطلع بوده و تمامی اطلاعات مربوط به ارائه خدمات مداخله زود هنگام توصیف شده در این IFSP را فهمیده‌ام. اینجانب یک نسخه از بروشور «حقوق والدین در مداخله زود هنگام اوهایو» را دارم و حقوق خود را برای ارائه رضایت می‌فهمم. می‌دانم که اگر شکایتی در مورد مداخله زود هنگام داشته باشم، گزینه‌های حل اختلاف دارم.

من می‌دانم زمانی که هر ارائه‌دهنده خدمات مداخله زود هنگام اوهایو (EI) پیشنهاد یا توصیه به آغاز (شروع) یا تغییر خدمات مداخله زود هنگام که قرار است به خانواده و فرزندم ارائه شود، باید حداقل ده روز تقویمی قبل از شروع یا تغییر آن خدمات، اطلاع‌رسانی کتبی قبلی دریافت کنم. می‌دانم که این IFSP به عنوان اطلاع‌رسانی کتبی قبلی در مورد خدمات مداخله زود هنگام پیشنهادی است و جزئیات پیشنهاد شروع یا تغییر خدمات در بخش 6 این IFSP شرح داده شده است. برای خدماتی که پیش از این جلسه IFSP با استفاده از فرم EI-11 پیشنهاد شده بود تا پایان باید، پیش اطلاع‌رسانی کتبی اضافی ضروری نیست.

## صرف‌نظر از مهلت زمانی (اختیاری)

می‌دانم و موافقم که از حق خود برای دریافت اطلاع‌رسانی کتبی 10 روز تقویمی قبل از تغییر یا آغاز یک خدمت مداخله زود هنگام صرف‌نظر کنم.

تاریخ

حروف اول نام و نام خانوادگی  
والد(ین)

تاریخ

امضای والد

نام والد

تاریخ

امضای والد

نام والد

## رضایت هماهنگ‌کننده خدمات EI و ارائه‌دهنده خدمات

ما تأیید می‌کنیم که این نتایج منعکس‌کننده اولویت‌ها و نگرانی‌های خانواده است و خدمات EI از این نتایج حمایت می‌کنند. ما موافقیم که این IFSP را به گونه‌ای اجرا کنیم که از توانایی خانواده برای کمک به فرزندشان در مشارکت و یادگیری از فعالیت‌های روزمره اش هر زمان که ممکن باشد، پشتیبانی کند.

تاریخ

امضا

رشته تخصصی:

نام

هماهنگ‌کننده خدمات EI

## رضایت‌نامه برای استفاده از بیمه جهت خدمات مداخله زودهنگام

استفاده از بیمه خصوصی

همه‌هنگ‌کننده خدمات من، «قانون نظام پرداخت‌ها» را برایم توضیح داده و هرگونه هزینه احتمالی که ممکن است در صورت استفاده از بیمه خصوصی برای پرداخت خدمات مداخله زودهنگام متحمل شوم، از جمله سهم پرداختی، فرانشیز، حق بیمه یا هزینه‌های بلندمدت مانند از دست دادن مزایا به دلیل سقف‌های سالانه یا مادام‌العمر پوشش بیمه را برایم تشریح کرده است. اطلاعات کتبی درباره این هزینه‌های احتمالی و حقوق خود را دریافت کرده‌ام. متوجه هستم که در صورت رضایت به استفاده از بیمه خصوصی، ایالت هزینه‌های سهم پرداختی و فرانشیز مربوط به 100 واحد اول از خدمات مداخله زودهنگام را در یک سال IFSP پرداخت خواهد کرد، مشروط بر آنکه من واجد شرایط پرداخت تشخیص داده شده باشم. ایالت هزینه‌های سهم پرداختی و فرانشیز مربوط به تمامی واحدهای خدمات مداخله زودهنگام را پرداخت خواهد کرد، اگر من ناتوان از پرداخت تشخیص داده شوم.

من رضایت خود را برای صدور صورت‌حساب خدمات مداخله زودهنگام (EI) به بیمه خصوصی ام اعلام می‌کنم.  بله  خیر

شماره بیمه‌نامه اصلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان
نام شرکت بیمه سلامت	نام بیمه‌شده	
شماره بیمه‌نامه ثانویه	تاریخ شروع	تاریخ پایان
نام شرکت بیمه سلامت	نام بیمه‌شده	

امضای والد(ین)

تاریخ

نام والد (والدین):

استفاده از بیمه عمومی

همه‌هنگ‌کننده خدمات من، قانون نظام پرداخت‌ها در برنامه مداخله زودهنگام را برایم توضیح داده است. من اطلاعات کتبی درباره حقوق خود را دریافت کرده‌ام و می‌دانم که استفاده از مزایای Medicaid برای خدمات برنامه EI هیچ هزینه احتمالی برای من نخواهد داشت. رضایت می‌دهم که اطلاعات هویتی فرزندم (اطلاعاتی که برای شناسایی فرزندم استفاده می‌شود) برای دادن صورتحساب به ارائه‌دهنده خدمات مداخله زودهنگام مندرج در برنامه IFSP و همچنین به آژانس Medicaid ایالتی ارائه شود.

بله  خیر  فرزند من تحت پوشش بیمه Medicaid نیست

شماره دریافت کننده/صورتحساب Medicaid

تاریخ

نام والد(ین)

امضای والد(ین)



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

## رضایت‌نامه برای افشا یا تبادل اطلاعات

شما، به عنوان والد، به هر بخش از پرونده مداخله زودهنگام (EI) فرزندتان دسترسی دارید. پرونده EI به معنای کلیه سوابق مربوط به فرزند شماست که طبق قانون فدرال، بخش C از قانون آموزش افراد دارای ناتوانی، جمع‌آوری، نگهداری یا استفاده می‌شوند.

به جز نام فرزندتان، تاریخ تولد او و اطلاعات تماس شما که با ناحیه مدرسه‌تان به اشتراک گذاشته می‌شود، هیچ‌یک از اطلاعات مربوط به برنامه EI بدون اجازه شما با هیچ فرد یا سازمانی خارج از سیستم EI به اشتراک گذاشته نخواهد شد. با اجازه شما، اطلاعات ممکن است به صورت شفاهی یا کتبی به اشتراک گذاشته شود. شما می‌توانید تصمیم بگیرید که چه اطلاعاتی را می‌خواهید به اشتراک بگذارید و چه اطلاعاتی را نمی‌خواهید به اشتراک بگذارید. زمانی که اجازه انتشار یا تبادل اطلاعات را بدهید، یک نسخه از این فرم در اختیار سازمان یا فرد مربوطه قرار خواهد گرفت. رضایت والد برای برخی موارد محدود لازم نیست. لطفاً برای آگاهی از این موارد به بروشور حقوق والدین مراجعه کنید.

رضایت خود را برای برنامه مداخله زودهنگام اوهایو صادر می‌کنم تا افشا یا تبادل

اطلاعات بانام و/یا سازمان:

اطلاعات تماس (در صورت وجود):

اطلاعات زیر درباره فرزندم/خودم:

نتایج تعیین صلاحیت  
 کل سوابقه EI  
 سایر موارد (مشخص کنید):

برنامه خدمات خانواده‌محور فردی (IFSP)  
 یادداشت‌های پرونده EI

با استفاده از روش‌های زیر:

تلفن/پیامک/تماس تصویری  حضوری  ایمیل/فکس/بارگذاری دیجیتال  سوابق کاغذی

هدف از افشا یا تبادل اطلاعات، کمک به موارد زیر است:

انتقال از برنامه برنامه EI به پیش‌دبستانی یا سایر برنامه‌های اجتماعی

خدمات و پیشرفت فرزند

تعیین واجد شرایط بودن برای برنامه مداخله زودهنگام اوهایو

تدوین برنامه IFSP

سایر (مشخص کنید):

در صورت لزوم، هرگونه محدودیت در افشا یا تبادل اطلاعات را توضیح دهید:

این رضایت‌نامه معتبر است:

تا تاریخ تولد سه‌سالگی فرزندم در تاریخ:

از تاریخ:  تا تاریخ:

همه‌هنگ‌کننده خدمات یا ارائه‌دهنده خدمات برنامه EI تمام اطلاعات مربوط به افشا یا تبادل اطلاعات را به من ارائه داده و حقوق من به‌عنوان والد، از جمله موضوع رضایت، را برایم توضیح داده است. من یک نسخه از بروشور حقوق والدین برنامه EI اوهایو را در اختیار دارم ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). آگاه هستم که در صورت داشتن شکایت مربوط به برنامه EI، گزینه‌هایی برای حل و فصل اختلاف در اختیار دارم. من موضوع را درک کرده و با افشا یا تبادل اطلاعات فرزندم موافقت می‌کنم. متوجه هستم که حتی با وجود موافقت با تبادل اطلاعات، ممکن است سایر سازمان‌ها که جزو برنامه مداخله زودهنگام نیستند، فرم‌های مخصوص به خود را برای افشای اطلاعات درخواست کنند.

امضای والد(ین)

نام والد(ین)

تاریخ

اگر این فرم توسط فردی غیر از همه‌هنگ‌کننده خدمات برنامه EI تکمیل شود، ارائه‌دهنده خدمات EI باید یک نسخه از آن را برای برنامه EI ارسال کند. همه‌هنگ‌کننده خدمات طرف پنج روز تقویمی پس از دریافت رضایت‌نامه امضا شده.



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

## رضایت‌نامه برای جلسه برنامه‌ریزی انتقال (TPC)

پیش از آن که فرزندتان به سه‌سالگی (3) برسد و برنامه مداخله زودهنگام را ترک کند، برگزاری یک جلسه برنامه‌ریزی انتقال می‌تواند در برنامه‌ریزی برای چگونگی حمایت از شما در فرآیند گذار از مداخله زودهنگام به خدمات و حمایت‌هایی که فرزندتان ممکن است در سن 3 سالگی واجد شرایط دریافت آن‌ها باشد، مفید باشد. این جلسه باید حداقل 90 روز و حداکثر 9 ماه پیش از سومین سالگرد تولد فرزندتان برگزار شود. پیش از برنامه‌ریزی این جلسه، شما و تیم برنامه EI می‌توانید افرادی از جمله ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی را که مایلید در این جلسه حضور داشته باشند، شناسایی و دعوت کنید.

من برای برنامه‌ریزی جلسه TPC رضایت می‌دهم.

من برای برنامه‌ریزی جلسه TPC رضایت نمی‌دهم.

اگر فرزند شما ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات آموزش ویژه در مقطع پیش‌دبستانی باشد، ناحیه مدرسه محلی‌تان مسئول ارائه این خدمات خواهد بود. دعوت از نماینده ناحیه مدرسه‌تان مفید است، زیرا او روند تعیین صلاحیت برای آموزش ویژه پیش‌دبستانی طبق "بخش B" را برای‌تان توضیح خواهد داد. سایر ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی نیز می‌توانند به این جلسه دعوت شوند.

برای دعوت نماینده ناحیه مدرسه به جلسه TPC رضایت می‌دهم.

برای دعوت نماینده ناحیه مدرسه به جلسه TPC رضایت نمی‌دهم.

اگر شما و تیم برنامه EI به این نتیجه برسید که فرزندتان احتمالاً واجد شرایط دریافت خدمات آموزش ویژه پیش‌دبستانی نیست یا اگر نمی‌خواهید نماینده ناحیه مدرسه را دعوت کنید، می‌توانیم جلسه برنامه‌ریزی انتقال را با سایر ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی که شما به‌عنوان منابع احتمالی شناسایی کرده‌اید، برگزار کنیم.

نام والد(ین)

امضای والد(ین)

تاریخ



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

## رضایت برای ارجاع کودک به اداره آموزشی محلی و اداره آموزش و نیروی کار اوهایو (Ohio Department of Education and Workforce (DEW))

برنامه مداخله زودهنگام اوهایو (EI) اخیراً ارجاعی برای فرزند شما دریافت کرده است. از آنجا که برنامه EI برای کودکان دارای تأخیر رشدی و ناتوانی‌ها از بدو تولد تا سه‌سالگی است، فرزند شما بیش از حد به سن سه‌سالگی نزدیک است تا بتوان شرایط واجد بودن او را در برنامه EI تعیین کرد. با این حال، اگر شما مشکوک هستید که فرزندتان ممکن است دچار تأخیر رشدی یا ناتوانی باشد، ممکن است فرزندتان واجد شرایط دریافت خدمات آموزش ویژه پیش‌دبستانی تحت بخش B از قانون آموزش افراد دارای ناتوانی باشد.

می‌توانید شخصاً با ناحیه مدرسه خود تماس بگیرید تا درخواست ارجاع را انجام دهید.

اگر مایل هستید که برنامه EI با ناحیه مدرسه شما تماس گرفته و ارجاع را انجام دهد، ما موظف هستیم رضایت شما را دریافت کنیم. با رضایت شما، ما از این فرم برای ارائه اطلاعات تماس شما، نام فرزندتان و تاریخ تولد او به ناحیه مدرسه‌تان که مسئول آموزش فرزندتان است و همچنین به ODEW استفاده خواهیم کرد.

به‌طور کامل مطلع شده و درک کرده‌ام که اطلاعات تماس من و نام فرزندم با ناحیه مدرسه محلی‌ام و با ODEW به اشتراک گذاشته خواهد شد. همراه با این فرم، یک نسخه از بروشور حقوق والدین برنامه مداخله زودهنگام اوهایو ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) را دریافت کرده‌ام. آگاه هستم که در صورت داشتن شکایت از برنامه EI، گزینه‌هایی برای حل‌وفصل اختلاف در اختیار دارم. رضایت می‌دهم که برنامه EI نام و تاریخ تولد فرزندم و اطلاعات تماس مرا به ناحیه مدرسه و ODEW ارائه دهد.

نام والد(ین)

امضای والد(ین)

تاریخ

نشانی والد

نشانی ایمیل والد

شماره تلفن والد

شهر، ایالت، و کد پستی والد

\*پس از دریافت امضای والد، این فرم امضا شده باید به آدرس ایمیل [EI@childrenandyouth.ohio.gov](mailto:EI@childrenandyouth.ohio.gov) ارسال شود تا اطمینان حاصل گردد که ارجاع به‌طور کامل انجام شده است.



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

## اطلاع‌رسانی کتبی قبلی درباره خروج از برنامه

برنامه مداخله زودهنگام اوهایو قصد دارد ارائه خدمات EI برای شما و فرزندتان را متوقف کند. برنامه مداخله زودهنگام اوهایو یک نسخه از پرونده فرزندتان را تا نهمین سالگرد تولد او نگهداری خواهد کرد. شما حق دارید پرونده فرزندتان را بازبینی کرده یا درخواست دریافت آن را داشته باشید. برنامه مداخله زودهنگام اوهایو قصد دارد فرزند شما را از سیستم EI خارج کند، و این اقدام زودتر از 10 روز تقویمی پس از تاریخ این اطلاعیه انجام خواهد شد. دلیل این اقدام به شرح زیر است:

- اهداف تعیین‌شده در IFSP فرزند شما محقق شده‌اند و تیم تشخیص داده است که نیازی به اهداف جدید در IFSP نیست.
- به ما اطلاع داده‌اید که در حال حاضر دیگر علاقه‌مند به دریافت خدمات مداخله زودهنگام نیستید یا امکان مشارکت در این خدمات را ندارید.
- ما موفق به تماس با شما نشده بودیم. لطفاً در صورتی که همچنان مایل به دریافت خدمات مداخله زودهنگام هستید، ظرف ده روز تقویمی از تاریخ این اطلاعیه با هماهنگ‌کننده خدمات EI خود تماس بگیرید.
- فرزند شما پیش از رسیدن به سن سه‌سالگی با داشتن یک IEP به خدمات بخش B منتقل شده است.
- فرزند شما مورد غربالگری قرار گرفت و مشکوک به داشتن تأخیر رشدی یا ناتوانی تشخیص داده نشد. می‌توانید در هر زمان با تماس با هماهنگ‌کننده خدمات EI خود، درخواست ارزیابی بدهید.
- ارزیابی یا سنجش مورد نیاز انجام نشده است.
- فرزند شما شرایط لازم برای دریافت خدمات مداخله زودهنگام را ندارد.
- فرزندتان از ایالت اوهایو خارج شده است.

تاریخ پیشنهادی خروج:

توضیحات:

به‌عنوان والد، شما گزینه‌هایی برای حل و فصل اختلاف در اختیار دارید. یک نسخه از بروشور حقوق والدین در برنامه EI ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) پیوست شده است. اگر همچنان به دریافت خدمات مداخله زودهنگام علاقه‌مند هستید یا معتقدید دلیل خروج فرزندتان نامشخص یا نادرست است، لطفاً با من تماس بگیرید.

تماس هماهنگ‌کننده خدمات EI

نام هماهنگ‌کننده خدمات EI

می‌توانید رشد فرزندتان را در اینجا پیگیری کنید - [www.helpmegrow.org/ASQ](http://www.helpmegrow.org/ASQ).  
شما می‌توانید در هر زمان پیش از آن‌که فرزندتان سه‌ساله شود، دوباره درخواست ارجاع دهید.  
برای این کار می‌توانید با مرکز پذیرش مرکزی به شماره 1-800-755-4769  
تماس بگیرید یا به وبسایت زیر مراجعه کنید [www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org).



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

شماره ETID

نام کودک

تاریخ تولد کودک

تاریخ امروز

نام والد (والدین):

## اطلاع‌رسانی کتبی قبلی درباره تغییر پیشنهادی در خدمات

خدمات مداخله زودهنگام اوهایو (EI) از طریق روند طرح خدمات خانواده جداگانه (IFSP) تعیین می‌شود. اطلاع‌رسانی کتبی قبلی درباره این خدمات از طریق فرم IFSP و در جلسه مربوط به IFSP ارائه می‌شود. با این حال، اگر هر ارائه‌دهنده برنامه EI اوهایو پیشنهاد دهد که یکی از خدمات EI را پیش از برگزاری جلسه IFSP به پایان برساند، باید این اطلاع‌رسانی کتبی قبلی را حداقل ده روز تقویمی پیش از پایان آن خدمت دریافت کنید. هماهنگ‌کننده خدمات با شما تماس خواهد گرفت تا جلسه IFSP را برای تعیین گام‌های بعدی برنامه‌ریزی کند.

برنامه مداخله زودهنگام اوهایو پیشنهاد دارد که یک یا چند مورد از خدمات EI برای فرزند شما و خانواده‌تان پایان یابد.

جزئیات مربوط به تغییر پیشنهادی:

دلیل تغییر پیشنهادی

تاریخ پیشنهادی برای اعمال تغییر (نه زودتر از 10 روز از تاریخ امروز):

لطفاً در صورت داشتن هرگونه سؤال درباره این اقدام، در اسرع وقت با من تماس بگیرید.

اطلاعات تماس ارائه‌دهنده خدمات EI

نام ارائه‌دهنده خدمات EI

به‌عنوان والد، شما گزینه‌هایی برای حل و فصل اختلاف در اختیار دارید. یک نسخه از بروشور حقوق والدین در برنامه مداخله زودهنگام اوهایو ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) پیوست شده است. اگر سوالی دارید، لطفاً با هماهنگ‌کننده خدمات مداخله زودهنگام خود در این شماره تماس بگیرید:

اطلاعات تماس هماهنگ‌کننده خدمات مداخله زودهنگام

نام هماهنگ‌کننده خدمات مداخله زودهنگام

صرف نظر از مهلت زمانی (اختیاری)

من این موضوع را درک کرده و با صرف نظر کردن از حق دریافت اطلاع‌رسانی کتبی 10 روز تقویمی پیش از تغییر فعالیت پیشنهادی موافقت می‌کنم.

حروف اول نام و نام

تاریخ

(نام/نقش،)  (تا، ر)  در

یک نسخه از این اطلاعیه و فرم رضایت‌نامه به والدین (پست)

 به صورت حضوری  از طریق پست  از طریق ایمیل ارائه

اگر این فرم توسط فردی غیر از هماهنگ‌کننده خدمات EI تکمیل شود، ارائه‌دهنده خدمات EI باید ظرف پنج روز تقویمی پس از ارائه اطلاعیه به والد، یک نسخه از فرم را برای هماهنگ‌کننده خدمات EI ارسال کند.



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

## مستندات مربوط به وضعیت تشخیص داده شده

رضایت می‌دهم که این فرم برای پزشک معالج فرزندم ارسال شود تا مستندات درباره تشخیص و تأثیر آن بر رشد فرزندم دریافت گردد.

امضای والد

تاریخ

پزشک محترم — طبق الزامات ایالتی و فدرال برای احراز شرایط تحت بخش C از قانون آموزش افراد دارای ناتوانی (IDEA)، اکثر تشخیص‌های پزشکی به‌طور خودکار منجر به واجد شرایط بودن برای دریافت خدمات مداخله زودهنگام (EI) نمی‌شوند. با این حال، یک متخصص دارای مجوز برای تشخیص و درمان شرایط روانی یا جسمی می‌تواند تشخیص دهد که وضعیت تشخیص داده شده در کودک مورد نظر احتمالاً منجر به تأخیر رشدی خواهد شد. سپس تیم EI یک ارزیابی جامع انجام خواهد داد تا نیازهای برنامه‌ای کودک را تعیین کند. برای اینکه واجد شرایط بودن در برنامه EI با استفاده از این فرم تعیین شود، تکمیل تمام بخش‌های فرم الزامی است.

لطفاً تشخیص خاص کودک را در کادر زیر ذکر کنید. لطفاً عبارتهایی مانند "تأخیر کلی"، "تأخیر رشدی" یا نگرانی‌های رشدی مانند "نگرانی‌های گفتاری" را وارد نکنید.

مشکوک هستم که وضعیت پزشکی این کودک احتمالاً منجر به تأخیر رشدی در دست‌کم یکی از حوزه‌های رشدی زیر خواهد شد (لطفاً همه گزینه‌های مرتبط را علامت بزنید):

توضیحات (اختیاری)

- اجتماعی/عاطفی
- ارتباطات
- سازگاری/مراقبت از خود/استقلال
- مهارت‌های حرکتی
- شناختی/حل مسئله
- بینایی
- شنوایی
- سایر موارد (مشخص کنید): \_\_\_\_\_

من دلیلی برای باور به این ندارم که وضعیت پزشکی این کودک احتمالاً منجر به تأخیر رشدی خواهد شد. با این حال، من آگاه هستم که والد و کودک همچنان حق دارند که یک ارزیابی رشدی برای تعیین واجد شرایط بودن دریافت کنند.

متخصص دارای مجوز برای تشخیص و درمان شرایط روانی یا جسمی

نام	نوع مجوز	شماره تلفن
امضا	ایمیل	تاریخ

لطفاً این فرم را به هماهنگ‌کننده خدمات مداخله زودهنگام کودک بازگردانید

نام هماهنگ‌کننده خدمات برنامه EI	شماره نمابر	ایمیل
----------------------------------	-------------	-------

فقط برای استفاده هماهنگ‌کننده خدمات برنامه EI  
تاریخ دریافت فرم \_\_\_\_\_



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

تاریخ امروز

نام کودک

تاریخ تولد کودک

شماره ETID

نام(های) والدین

## اطلاعیه جلسه برنامه خدمات فردی خانواده (IFSP)

زمان آن رسیده است که جلسه ما برای رسیدگی به موارد زیر صورت بگیرد:

 ترتیب دادن یک جلسه IFSP موقت تا زمانی که بتوانیم ارزیابی را تکمیل کنیم و جلسه IFSP اولیه را برنامه ریزی کنیم ارزیابی و مرور اطلاعات واجد شرایط بودن و ترتیب دادن اولین جلسه (اولیه) IFSP انجام یک بررسی دوره ای از IFSP به منظور تعیین میزان پیشرفت در راستای دستیابی به نتایج شناسایی شده در جلسه IFSP و اینکه آیا تغییرات یا تجدید نظر در نتایج یا خدمات مداخله زودهنگام شناسایی شده در IFSP لازم است یا خیر بررسی اطلاعات ارزیابی و صورت دادن جلسه IFSP سالانه این جلسه IFSP شامل کنفرانس برنامه ریزی انتقال خواهد بود.

ما توافق کردیم که جلسه IFSP را برای زمان تعیین شده در زیر برگزار کنیم

تاریخ

زمان

مکان

ارائه دهندگان خدمات مداخله زودهنگام (EI) زیر به جلسه IFSP دعوت شده اند. یک کپی از این اطلاعیه به آنها ارسال خواهد شد.

نام، نقش یا آژانس

نام، نقش یا آژانس

نام، نقش یا آژانس

نام، نقش یا آژانس

شما درخواست کرده اید که از افراد زیر برای شرکت در جلسه IFSP دعوت گردد. یک کپی از این اطلاعیه به آنها ارسال خواهد شد.

نام، نقش یا نسبت

نام، نقش یا نسبت

نام، نقش یا نسبت

نام، نقش یا نسبت

اگر سوالی دارید یا می خواهید موردی را در رابطه با این جلسه تغییر دهید، لطفاً با من، هماهنگ کننده خدمات EI خود تماس بگیرید:

نام هماهنگ کننده خدمات EI

تماس هماهنگ کننده خدمات EI

Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

## پیگیری ارجاع حرفه‌ای

تاریخ ارجاع به برنامه EI	نام کودک ارجاع شده	تاریخ تولد فرزند	تاریخ امروز
اطلاعات تماس متخصص یا سازمان مربوطه	نام سازمان	نام متخصصی که فرزند را ارجاع داده است	

برنامه EI رضایت والدین برای به اشتراک گذاری اطلاعات مربوط به وضعیت ارجاع فرزند را دریافت نکرده است. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر با خانواده تماس بگیرید.

تلاش‌ها برای تماس با والدین ناموفق بود. لطفاً در صورت داشتن اطلاعات تماس به روز از والد، ما را مطلع کنید.

والد با به اشتراک گذاری اطلاعات زیر موافقت کرد:

والد خدمات مداخله زودهنگام اوهایو را نپذیرفت.

غربالگری رشد انجام شد و تأخیری یا ناتوانی‌ای در کودک مشهود نیست.

کودک واجد شرایط برای برنامه مداخله زودهنگام اوهایو است و برنامه IFSP تدوین شده است.

سایر: \_\_\_\_\_

کودک مورد ارزیابی قرار گرفت اما واجد شرایط برای برنامه مداخله زودهنگام اوهایو نیست.

همانگ کننده خدمات من، تمامی اطلاعات مربوط به به اشتراک گذاری وضعیت ارجاع فرزندم به EI را به من اطلاع داده و حقوق والدین، از جمله ارائه رضایت، را برایم توضیح داده است. من یک نسخه از بروشور حقوق والدین در برنامه مداخله زودهنگام اوهایو را در اختیار دارم ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). می‌دانم که در صورت داشتن شکایت مربوط به برنامه EI، گزینه‌هایی برای حل و فصل اختلاف در اختیار دارم. من وضعیت ارجاع فرزندم را درک کرده و با به اشتراک گذاری اطلاعات مربوط به آن با متخصصی که ارجاع را انجام داده است، موافقت می‌کنم.

تاریخ

امضای والد(ین)

نام والد(ین)

برنامه مداخله زودهنگام اوهایو از ارجاع شما سپاسگزار است! شما می‌توانید در هر زمان دوباره ارجاع انجام دهید؛ کافیست با مرکز پذیرش مرکزی (Central Intake) با شماره 1-800-755-4769 تماس بگیرید یا به وبسایت زیر مراجعه کنید  
[www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org)



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

## تعیین توانایی والدین در پرداخت هزینه‌های خدمات مداخله زودهنگام

مستندات (تنها یکی نیاز است)

درآمد والد  کارت WIC اوهایو  کارت Medicaid اوهایو (A)

من متوجه هستم که ارائه اطلاعات درآمدی‌ام به هماهنگ‌کننده خدمات EI این امکان را می‌دهد که بررسی کند آیا ممکن است واجد شرایط منابع حمایتی مبتنی بر درآمد باشم یا خیر. با این حال، تصمیم گرفته‌ام اطلاعات مالی خود را ارائه ندهم و متوجه هستم که طبق مقررات OAC 5123-10-03 (بند D)، خودم مسئول پرداخت هزینه خدمات مداخله زودهنگام پس از 100 واحد اول تأمین‌شده از منابع عمومی خواهم بود.

حروف اول نام والد

درآمد والد:  هفتگی (52)  دو هفته یک‌بار (26)  ماهانه (12)  دو بار در ماه (24) تعداد اعضای خانواده: \_\_\_\_\_

تاریخ(های) فیش حقوقی \_\_\_\_\_

مبلغ ناخالص \_\_\_\_\_

درآمد والد:  هفتگی (52)  دو هفته یک‌بار (26)  ماهانه (12)  دو بار در ماه (24) تعداد اعضای خانواده: \_\_\_\_\_

تاریخ(های) فیش حقوقی \_\_\_\_\_

مبلغ(های) ناخالص \_\_\_\_\_

کل درآمد سالانه: \_\_\_\_\_

آیا درآمد خانواده کمتر از یا برابر با معیار واجد شرایط بودن برنامه Healthy Start برای فرزندان بدون بیمه است؟  بله  خیر  
<https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> (206٪ سطح فقر فدرال (FPL))

من مدارک ارائه‌شده توسط والدین را طبق مقررات OAC 5123-2-10-03 (بند D) مشاهده و بررسی کرده‌ام و تشخیص داده‌ام که  والد  قادر  ناتوان از پرداخت هزینه‌های خدمات مداخله زودهنگام است.

تاریخ \_\_\_\_\_

نام هماهنگ‌کننده خدمات EI \_\_\_\_\_

امضای هماهنگ‌کننده خدمات EI \_\_\_\_\_

اطلاعاتی را که برای تکمیل این فرم استفاده شده‌اند، مرور کرده‌ام و هماهنگ‌کننده خدماتم توضیح داده است که چگونه تعیین شده که آیا قادر به پرداخت هزینه‌های خدمات EI هستم یا نه. یک نسخه از بروشور سیستم پرداخت برنامه مداخله زودهنگام اوهایو (Ohio System of Payments) را در اختیار دارم ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](https://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). من درک می‌کنم که در صورت داشتن شکایت از برنامه مداخله زودهنگام EI، گزینه‌هایی برای حل و فصل اختلاف در اختیار دارم.

امضای والد(ین) \_\_\_\_\_

نام والد(ین) \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

فقط برای استفاده ایالت  
EI-16 دریافت شد:  
بررسی شده توسط:  
شماره CMACS:  
وارد شده در CMACS:  
ایمیل ارسال شد:

تاریخ امروز

نام کودک

تاریخ تولد کودک

شماره ETID

## پرداخت بابت خدمات مداخله زودهنگام (EI)

نام والد		نام والد	
ادرس		ادرس	
شهر	ایالت	شهر	ایالت
شماره تامین اجتماعی	نسبت با کودک	شماره تامین اجتماعی	نسبت با کودک
تلفن منزل	شماره تلفن محل کار	تلفن منزل	شماره تلفن محل کار
نام هماهنگ کننده خدمات EI		ایمیل هماهنگ کننده خدمات EI	

کانتی:

نام نهاد ارائه دهنده خدمات:

جنسیت فرزند: <input type="checkbox"/> پسر <input type="checkbox"/> دختر	توانایی پرداخت دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا خانواده با استفاده از بیمه دولتی یا خصوصی موافقت کرده است؟ <input type="checkbox"/> بله (لطفاً فرم EI-05 را پیوست کنید) <input type="checkbox"/> خیر	آیا خدمات در محیط طبیعی ارائه می شوند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
تاریخ جدیدترین IFSP اولیه/سالانه:	

خدمات مداخله زودهنگام پیشنهادی در IFSP (در صورت نیاز صفحات بیشتر اضافه شود)

نوع IFSP:  اولیه  سالانه  تناوبی  ارسال مجدد فرم EI-16

خدمات پیشنهادی را علامت بزنید	خدمات EI	تناوب (یعنی: 8x45 دقیقه/180 روز)	امضای IFSP تاریخ	پایان IFSP تاریخ	فقط برای استفاده ایالت
<input type="checkbox"/>	ارزیابی/سنجش				دسته SVC <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 43
<input type="checkbox"/>	جلسات تیمی/IFSP				EICAT1
<input type="checkbox"/>	گفتاردرمانی/کاردرمانی تغذیه ای				ST
<input type="checkbox"/>	گفتار				THER
<input type="checkbox"/>	OT				
<input type="checkbox"/>	PT				
<input type="checkbox"/>	پیش فاکتور پیوست شده؟				
<input type="checkbox"/>	فناوری کمکی				
<input type="checkbox"/>	خدمات EI ذکر نشده:				

فقط یادداشت های ایالتی



شماره ETID:

نام فرزند

تاریخ تولد فرزند

تاریخ امروز

## فرم هزینه‌های پزشکی فوق‌العاده

نام والد(ین): \_\_\_\_\_

درآمد والد:  هفتگی (52)  دو هفته یکبار (26)  ماهانه (12)  دو ماه یکبار (24) اندازه خانواده: \_\_\_\_\_

تاریخ(های) فیش حقوقی \_\_\_\_\_

مبلغ(های) ناخالص \_\_\_\_\_

درآمد والد:  هفتگی (52)  دو هفته یکبار (26)  ماهانه (12)  دو ماه یکبار (24) اندازه خانواده: \_\_\_\_\_

تاریخ(های) فیش حقوقی \_\_\_\_\_

مبلغ(های) ناخالص \_\_\_\_\_

کل درآمد سالانه: \_\_\_\_\_

محاسبات درآمد خانواده در محدوده 210 تا 401 درصد یا بیشتر از سطح فقر فدرال (FPL) را می‌توان در آدرس <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> یافت.

$$\frac{\text{کل درآمد سالانه}}{\text{EME}} \times \text{هزینه‌های پزشکی از جیب پرداخت شده} =$$

من هزینه‌های پزشکی پیش‌بینی‌شده‌ای که از جیب پرداخت می‌شود را بر اساس جدیدترین سطح فقر فدرال که توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده تعیین و در دفتر ثبت فدرال منتشر شده است، محاسبه کرده‌ام و این اطلاعات را با والد به اشتراک گذاشته‌ام. DCY از این اطلاعات برای اتخاذ تصمیم نهایی درباره هزینه‌های پزشکی فوق‌العاده خانواده استفاده خواهد کرد.

نام هماهنگ‌کننده خدمات EI تاریخ

امضای هماهنگ‌کننده خدمات EI



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention