

Форма EI-01

Сьогоднішня
дата

Прізвище й ім'я дитини

Дата народження
дитини

Номер ETID

Попереднє письмове повідомлення та згода на скринінг розвитку

Скринінг розвитку використовується, щоб визначити, чи є у вашої дитини підозра на затримку розвитку. Скринінг охоплює збір інформації від вас, батьків та інших осіб, яких ви оберете, а також використання інструментів скринінгу, які охоплюють всі сфери розвитку. Він може включати спостереження за вашою дитиною. Ви можете звернутися із запитом щодо оцінювання розвитку в будь-який час, незалежно від результатів скринінгу. Вам має бути надано письмове повідомлення щонайменше за 10 календарних днів до проведення скринінгу.

Мій координатор послуг надав(-ла) мені всю інформацію стосовно скринінгу розвитку та пояснив(-ла) права батьків, у тому числі й щодо надання згоди. У мене є примірник брошури «Права батьків в межах програми раннього втручання штату Ohio» (Ohio Early Intervention Parent Rights) (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми раннього втручання, у мене буде можливість урегулювання спору. Я розумію суть і даю згоду на проведення скринінгу розвитку моєї дитини. Я розумію, що моя згода є добровільною і її може бути відкликано в будь-який час.

Відмова від часових обмежень (необов'язково)

Я розумію і погоджуюся відмовитися від свого права на отримання письмового повідомлення за 10 календарних днів до здійснення запланованої діяльності.

Ініціали
батька/матері

Дата

Ім'я та прізвище батька/матері

Підпис(и) батька/матері

Дата



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

Форма EI-02

Сьогоднішня
дата

Прізвище та
ім'я дитини

Дата народження
дитини

Ідентифікаційний номер
платника податків (ETID)

Попереднє письмове повідомлення та згода на проведення аналізу та оцінювання розвитку

Аналіз розвитку проводиться командою раннього втручання (early intervention, EI) — одним або кількома фахівцями — для визначення відповідності вашої дитини вимогам за відсутності підтверджених медичних показань.

Оцінювання вашої дитини, яке зазвичай проводиться в той самий час, спрямоване на розуміння участі вашої дитини в повсякденних справах та заняттях сім'ї. Аналіз та оцінювання передбачають:

- Перегляд відповідних записів, зокрема медичну документацію, яку ви погоджуєтесь оприлюднити
- Спостереження за дитиною
- Інформацію від вас про розвиток вашої дитини, зокрема про її участь у повсякденних справах та заняттях
- Використання інструментів аналізу й оцінювання, які надають інформацію про розвиток наступних навичок вашої дитини: комунікативних, адаптивних/догляду за собою, соціальних/емоційних, когнітивних/мислення/розв'язання проблем, моторних/рухових, зорових та слухових.

Під час **сімейно-орієнтованого оцінювання** ви ділитесь своїми **побоюваннями** та розповідаєте про **пріоритети** для успішного включення дитини у вашу повсякденну діяльність. Ви обговорите потенційні **ресурси**, які вам можуть знадобитися для підтримки розвитку вашої дитини.

Якщо ваша дитина визнана такою, що має право на отримання відповідних послуг, то інформація, отримана під час обстеження та оцінювання вашої дитини, а також сімейно-орієнтованого оцінювання, використовується для розробки Індивідуального плану надання послуг сім'ї та визначення того, які послуги команди раннього втручання необхідні для підтримки вас та вашої дитини. Вам має бути надано письмове повідомлення щонайменше за 10 календарних днів до аналізу та оцінювання.

Ми пропонуємо (позначте все, що підходить):

- Визначити відповідність вашої дитини критеріям програми раннього втручання за допомогою **аналізу розвитку**
- Визначити сильні сторони та потреби вашої дитини за допомогою **оцінювання розвитку**
- Визначити ваші проблеми, пріоритети та ресурси, пов'язані з підтримкою розвитку вашої дитини, за допомогою **сімейно-орієнтованого оцінювання**

Відмова від часових

обмежень (необов'язково)

Я розумію і погоджуюся відмовитися від свого права на отримання письмового повідомлення за 10 календарних днів до здійснення запланованої діяльності.

Ініціали батьків
(одного з батьків)

Дата

Мій координатор послуг надав(ла) мені всю інформацію стосовно аналізу та (або) оцінювання моєї дитини, як і щодо сімейно-орієнтованого оцінювання, а також пояснив(ла) права батьків, у тому числі щодо надання згоди. У мене є брошура «Права батьків в межах програми раннього втручання штату Ohio» (Ohio Early Intervention Parent Rights) (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми раннього втручання, у мене буде можливість урегулювання спору. Я розумію, що для того, щоб моя дитина могла обслуговуватися в системі раннього втручання, має бути визначено її право на отримання послуг та проведено її оцінювання. Я також розумію, що моє рішення про проведення сімейно-орієнтованого оцінювання не впливає на право моєї дитини на отримання послуг в межах програми раннього втручання. Я розумію, що моя згода є добровільною і може бути відкликана в будь-який час.

Я даю згоду на проведення _____ аналізу моєї дитини _____ оцінювання моєї дитини. _____ сімейно-орієнтованого оцінювання
(Ініціали) (Ініціали) (Ініціали)

Імена батьків (одного з батьків)

Підпис(и) батьків (одного з батьків)

Дата



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Форма EI-03

Сьогоднішня
дата

Прізвище та ім'я дитини

Дата народження
дитини

Ім'я та прізвище
батьків

Номер ETID

Попереднє письмове повідомлення про визначення відповідності критеріям

Вік дитини

Скоригований вік
(якщо застосовно)

Дата визначення відповідності
критеріям

Причина(-и) скерування

Статус відповідності критеріям

- Ваша дитина відповідає критеріям програми раннього втручання (Early Intervention, EI) в штаті Ohio** через діагностований фізичний або психічний стан, який з високою ймовірністю може призвести до затримки розвитку.

Діагностоване захворювання:

Документація, що використовується для підтвердження діагнозу:

(* якщо ваша дитина відповідає критеріям програми EI у зв'язку з діагностованим захворюванням, то решта цієї сторінки та сторінка 2 не заповнюються)

- Ваша дитина відповідає критеріям програми раннього втручання (EI) в штаті Ohio** через затримку розвитку, визначену групою з оцінювання раннього втручання (EI) за допомогою **

балів за інструментом оцінювання або

обґрунтованого клінічного висновку, у наступних сферах:

- Виразне спілкування Соціальна/емоційна сфера Дрібна моторика Адаптивна сфера
 Відкрите спілкування Сфера пізнання Велика моторика

- Ваша дитина НЕ відповідає критеріям програми раннього втручання (EI) в штаті Ohio.** Вашу дитину оцінювала група з багатопрофільного оцінювання, і ваша дитина не має затримки розвитку на основі кількості балів та клінічного висновку групи. **

Методи, що використовуються для визначення статусу

Дата завершення

відповідності критеріям

(** Заповнюйте, тільки якщо дитина відповідає критеріям програми через затримку розвитку або не відповідає критеріям)

- Перегляд історії дитини через медичні/освітні/інші записи
- Огляд історії дитини через співбесіду з батьками/родиною
- Спостереження
- Інструмент оцінювання
 - Шкала розвитку немовлят і дітей раннього віку Bayley
 - Перелік етапів розвитку дітей Battelle
- Контрольний перелік для перевірки слуху
- Контрольний перелік для перевірки зору
- Інше (необов'язково):

Підсумок результатів оцінювання**Члени групи з багатопрофільного оцінювання****Ім'я оцінювача:**

Телефон:

Електронна пошта:

Спеціальність:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Спеціаліст із розвитку | <input type="checkbox"/> Логопед |
| <input type="checkbox"/> Вихователь дошкільного навчального закладу/підготовчого класу школи | <input type="checkbox"/> Ерготерапевт |
| <input type="checkbox"/> Соціальний працівник | <input type="checkbox"/> Фізіотерапевт |
| <input type="checkbox"/> Офтальмолог | <input type="checkbox"/> Медсестра |
| <input type="checkbox"/> Лікар-сурдолог | <input type="checkbox"/> Інше: _____ |

Ім'я оцінювача:

Телефон:

Електронна пошта:

Спеціальність:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Спеціаліст із розвитку | <input type="checkbox"/> Логопед |
| <input type="checkbox"/> Вихователь дошкільного навчального закладу/підготовчого класу школи | <input type="checkbox"/> Ерготерапевт |
| <input type="checkbox"/> Соціальний працівник | <input type="checkbox"/> Фізіотерапевт |
| <input type="checkbox"/> Офтальмолог | <input type="checkbox"/> Медсестра |
| <input type="checkbox"/> Лікар-сурдолог | <input type="checkbox"/> Інше: _____ |

Ім'я оцінювача:

Телефон:

Електронна пошта:

Спеціальність:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Спеціаліст з розвитку | <input type="checkbox"/> Логопед |
| <input type="checkbox"/> Вихователь дошкільного навчального закладу/підготовчого класу школи | <input type="checkbox"/> Ерготерапевт |
| <input type="checkbox"/> Соціальний працівник | <input type="checkbox"/> Фізіотерапевт |
| <input type="checkbox"/> Офтальмолог | <input type="checkbox"/> Медсестра |
| <input type="checkbox"/> Лікар-сурдолог | <input type="checkbox"/> Інше: _____ |

Якщо ваша дитина відповідає критеріям програми раннього втручання в штаті Ohio:

Програма EI штату Ohio пропонує спільно з вами розробити Індивідуальний план обслуговування родини (Individualized Family Service Plan, IFSP), зокрема «результати» (або цілі) та послуги раннього втручання, необхідні для досягнення цих результатів. Коли співробітники програми EI в штаті Ohio визначають, що ваша дитина відповідає критеріям, ви маєте отримати попереднє письмове повідомлення щонайменше за десять календарних днів до початку або зміни послуг за програмою EI, яке буде додано до вашого сімейного плану під час зустрічі для обговорення плану IFSP. За бажанням, ви зможете відмовитися від десяти календарних днів, що передують початку надання послуг за програмою EI, передбачених розділом 6 плану IFSP.

Координатор послуг, які надаються за програмою EI, разом з вами запланує зустріч для обговорення плану IFSP.

Прізвище та ім'я координатора
послуг

Номер телефону

Електронна пошта

Якщо ваша дитина НЕ відповідає критеріям програми раннього втручання в штаті Ohio:

Це означає, що ваша дитина наразі демонструє навички та поведінку, притаманні дітям її віку.

Програма EI штату Ohio пропонує вашій дитині вийти з системи EI не раніше ніж через 10 днів з дати цього повідомлення. У наведених нижче таблицях ваша група з оцінювання надала рекомендації щодо сприяння розвитку вашої дитини та потенційної підтримки і ресурсів спільноти, які можуть бути корисними для вашої родини.

Ви, як батьки, маєте можливість урегулювання спорів. Брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання (EI)» додається. Якщо у вас є будь-які питання стосовно результатів або ви не згодні з ними, зверніться до вашого координатора послуг за програмою EI. Ви також можете звернутися до координатора послуг, якщо у вас з'являться нові занепокоєння щодо розвитку вашої дитини до досягнення нею трирічного віку.

Прізвище та ім'я координатора
послуг

Номер телефону

Електронна пошта

Засоби підтримки та ресурси спільноти, які можуть вас зацікавити:

Ідеї та пропозиції щодо сприяння розвитку вашої дитини:

Форма EI-04 Індивідуальний план обслуговування сім'ї (IFSP)



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

Тип та дата плану IFSP Початковий _____ Періодичний _____ Періодичний _____
 Щорічний _____ Періодичний _____ TPC _____

Номер ETID _____

Розділ 1. Інформація про дитину та сім'ю

Ім'я дитини	Прізвище	Коротке ім'я	Дата народження
Мови, якими розмовляють з дитиною	Чи потрібен перекладач? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Расова та етнічна приналежність дитини	Шкільний округ за місцем проживання дитини
Прізвище та ім'я батька/матері	Адреса	Чи проживає з дитиною? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
У випадку, якщо він/вона не є біологічним батьком/матір'ю або усиновлювачем (-кою), то ким доводиться дитині		Телефон: мобільний (C); домашній (H); робочий (W)	
Електронна пошта	Бажаний спосіб зв'язку <input type="checkbox"/> Дзвінок <input type="checkbox"/> Електронна пошта <input type="checkbox"/> Текстове повідомлення	Бажаний час зв'язку	
Прізвище та ім'я батька/матері	Адреса	Чи проживає з дитиною? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
У випадку, якщо він/вона не є біологічним батьком/матір'ю або усиновлювачем(-кою), то ким доводиться дитині		Телефон: мобільний (C); домашній (H); робочий (W)	
Електронна пошта	Бажаний спосіб зв'язку <input type="checkbox"/> Дзвінок <input type="checkbox"/> Електронна пошта <input type="checkbox"/> Текстове повідомлення	Бажаний час зв'язку	

Інша важлива інформація про сім'ю

(все, що ви хотіли б повідомити своїй команді про культуру вашої сім'ї, духовні переконання або умови життя)

Розділ 2. Інформація про координатора послуг раннього втручання

Ваш координатор послуг раннього втручання (EI) є єдиною контактною особою для здійснення наступної діяльності впродовж вашої участі в програмі EI. Він відповідає за наступне:

- роз'яснення ваших прав щодо послуг EI та забезпечення їх дотримання;
- координування первинної та подальшої відповідності вашої дитини критеріям програми надання даних послуг;
- координування зустрічей щодо індивідуального плану обслуговування сім'ї (IFSP) в межах необхідних часових рамок, у т. ч. зустрічей за вашим запитом;
- сприяння команді IFSP у досягненні результатів, які будуть ефективними та відповідатимуть вашим проблемам та пріоритетам;
- допомога вам у визначенні, отриманні, фінансуванні та моніторингу необхідних послуг EI;
- сприяння у пошуку та отриманні інших необхідних вам засобів підтримки та ресурсів;
- допомога у розробці плану переходу перед тим, як дитина досягне трирічного віку.

Ім'я координатора послуг EI	Телефон	Електронна пошта
Назва установи	Прізвище, ім'я та контактна інформація особи, що здійснює нагляд	

Розділ 3. Оцінювання дитини та сім'ї

Дата завершення:

Оцінювання дитини

Оцінювання, орієнтоване на сім'ю

Під час оцінювання вашої дитини та сім'ї команда з проведення оцінювання збирала інформацію з різних джерел. Ця інформація подається у стислому вигляді на наступних сторінках. Вона стане основою для розробки результатів та визначення стратегій та заходів, спрямованих на задоволення потреб вашої дитини та сім'ї.

Мають бути проведені або переглянуті наступні заходи з оцінювання дитини

Дата завершення

- Перевірка документів на відповідність критеріям програми
- Огляд анамнезу дитини через медичні/освітні/інші записи
- Огляд анамнезу дитини через співбесіду з батьками/родиною
- Збір інформації від опікунів, членів сім'ї та/або інших осіб для розуміння повного обсягу унікальних сильних сторін та потреб дитини
- Визначення рівня функціонування дитини у повсякденному житті та діяльності вашої сім'ї
- Контрольний перелік для перевірки слуху
- Контрольний перелік для перевірки зору
- Інше (необов'язково):

Короткий виклад анамнезу дитини

Це стислий виклад відповідної інформації, отриманої під час співбесід із батьками та з медичних, освітніх або інших записів, включаючи історію народження, термін вагітності, захворювання або діагнози, хвороби, госпіталізації, ліки, стан/обстеження зору та слуху, потреби у годуванні/харчуванні та іншу інформацію про розвиток.

Підсумок щоденної діяльності та розпорядку дня

Найпростіші або найприємніші часи дня з дитиною

Фізична діяльність/ повсякденна діяльність	Хто бере участь?	Що робить цю фізичну/повсякденну діяльність успішною?

Найскладніші та найнеприємніші моменти дня з дитиною

Фізична діяльність/ повсякденна діяльність	Хто бере участь?	Що робить цю фізичну/повсякденну діяльність успішною?

Підсумки стосовно розвитку вашої дитини

Діти розвивають навички в трьох функціональних сферах, відомих як три результати дитини: (1) розвиток позитивних соціально-емоційних навичок; (2) отримання та застосування знань та навичок; та (3) виконання відповідних дій для задоволення своїх потреб. Ваша команда зібрала інформацію шляхом спостереження, співбесід із родиною, перегляду записів щодо вашої дитини та інформації, якою ви поділилися про участь вашої дитини в сімейних заходах та у повсякденній діяльності. Ці підсумки поточного рівня розвитку вашої дитини відображають індивідуальні сильні сторони та потреби вашої дитини порівняно з однолітками її віку. За цим посиланням ви знайдете додаткову інформацію про розбивку функціональних навичок для кожного з [трьох результатів розвитку дитини](#).

Розвиток позитивних соціально-емоційних навичок

Підсумок того, як дитина взаємодіє та грає з родиною, іншими дорослими та дітьми. Сюди входить те, як дитина (1) виявляє прихильність до членів сім'ї, (2) розуміє та використовує своє ім'я та імена інших, (3) вітається та прощається, (4) грається зі знайомими та незнайомими дорослими й однолітками, (5) висловлює своє право власності на іграшки і ділиться ними з іншими, (6) виявляє свої почуття та заспокоюється, коли засмучена, а також (7) бере участь в іграх та розуміє соціальні правила, наприклад, гра в піжмурки, співи, танці, ігри, де діти удають когось або ігри, де грають по черзі.

Для щорічного плану IFSP та при виході з нього. Чи продемонструвала ваша дитина нові навички або моделі поведінки, пов'язані з розвитком позитивних соціально-емоційних навичок з моменту останнього оцінювання результатів дитини? Так Ні

Підсумкове оцінювання результатів дитини (COS). У порівнянні з однолітками ваша дитина:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Використовує навички, які очікуються від дитини молодшого віку в цій сфері. | <input type="checkbox"/> Іноді використовує навички, очікувані за віком. Більшість навичок дитини у цій сфері притаманні дітям молодшого за неї віком. |
| <input type="checkbox"/> Використовує деякі ранні навички, необхідні для розвитку навичок, очікуваних за віком. Дитина ще не використовує очікувані за віком навички в цій сфері. | <input type="checkbox"/> Використовує багато очікуваних за віком навичок. Деякі навички дитини у цій сфері притаманні дітям молодшого за неї віком. |
| <input type="checkbox"/> Використовує багато ранніх навичок, необхідних для розвитку навичок, очікуваних за віком. Дитина ще не використовує очікувані за віком навички в цій сфері. | <input type="checkbox"/> Використовує навички, які ми очікуємо в цій сфері. Однак існують приводи для занепокоєння. |
| | <input type="checkbox"/> Використовує всі навички, які можна було б очікувати в цій сфері. |
-

Отримання та використання знань та навичок

Це стислий опис того, як ваша дитина грається, вивчає нові речі та ділиться своїми знаннями з іншими. Сюди входить те, як дитина (1) спостерігає та вчиться в інших, (2) розв'язує проблеми, (3) аналізує нову інформацію, (4) бере участь у цілеспрямованих іграх, (5) «читає» книжки, (6) розуміє вказівки і (7) використовує жести, слова або знаки, щоб розповісти іншим про світ та відповісти на запитання.

Для щорічного плану IFSP та при виході із нього. Чи продемонструвала ваша дитина якісь нові навички або моделі поведінки, пов'язані з набуттям та використанням знань та навичок з часу останнього оцінювання результатів розвитку дитини? Так Ні

Підсумкове оцінювання результатів дитини (COS). У порівнянні з однолітками ваша дитина:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Використовує навички, які очікуються від дитини молодшого віку в цій сфері. | <input type="checkbox"/> Іноді використовує навички, очікувані за віком. Більшість навичок дитини у цій сфері притаманні дітям молодшого за неї віком. |
| <input type="checkbox"/> Використовує деякі ранні навички, необхідні для розвитку навичок, очікуваних за віком. Дитина ще не використовує очікувані за віком навички в цій сфері. | <input type="checkbox"/> Використовує багато очікуваних за віком навичок. Деякі навички дитини у цій сфері притаманні дітям молодшого за неї віком. |
| <input type="checkbox"/> Використовує багато ранніх навичок, необхідних для розвитку навичок, очікуваних за віком. Дитина ще не використовує очікувані за віком навички в цій сфері. | <input type="checkbox"/> Використовує навички, які ми очікуємо в цій сфері. Однак існують приводи для занепокоєння. |
| | <input type="checkbox"/> Використовує всі навички, які можна було б очікувати в цій сфері. |
-

Виконання відповідних дій для задоволення потреб

Це стислий виклад того, як ваша дитина цілеспрямовано рухається, допомагає піклуватися про себе та повідомляє, чого вона хоче і чого потребує. Сюди входить те, як дитина (1) пересувається з місця на місце, (2) їсть та п'є, (3) бере участь в одяганні та роздяганні, (4) спить під час денного та нічного сну, (5) бере участь у купанні, надяганні підгузок та у відвіданні туалету, (6) дотримується інструкцій щодо безпеки і (7) повідомляє про свої бажання та потреби іншим.

Для щорічного плану IFSP та при виході з нього. Чи продемонструвала ваша дитина якісь нові навички або поведінку, пов'язані з використанням відповідних дій для задоволення потреб з моменту останнього оцінювання результатів дитини? Так Ні

Підсумкове оцінювання результатів дитини (COS). У порівнянні з однолітками ваша дитина:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Використовує навички, які очікуються від дитини молодшого віку в цій сфері. | <input type="checkbox"/> Іноді використовує навички, очікувані за віком. Більшість навичок дитини у цій сфері притаманні дітям молодшого за неї віком. |
| <input type="checkbox"/> Використовує деякі ранні навички, необхідні для розвитку навичок, очікуваних за віком. Дитина ще не використовує очікувані за віком навички в цій сфері. | <input type="checkbox"/> Використовує багато очікуваних за віком навичок. Деякі навички дитини у цій сфері притаманні дітям молодшого за неї віком. |
| <input type="checkbox"/> Використовує багато ранніх навичок, необхідних для розвитку навичок, очікуваних за віком. Дитина ще не використовує очікувані за віком навички в цій сфері. | <input type="checkbox"/> Використовує навички, які ми очікуємо в цій сфері. Однак існують приводи для занепокоєння. |
| | <input type="checkbox"/> Використовує всі навички, які можна було б очікувати в цій сфері. |
-

Підсумок оцінювання, орієнтованого на сім'ю (FDA)

Ким було проведено FDA: _____

Проблеми сім'ї

Це стислий виклад проблем, складнощів та задач, з якими стикається ваша родина під час повсякденної діяльності, та які можуть вирішити спеціалісти із вашої команди EI.

Ресурси сім'ї

Це стислий опис ресурсів, які ваша дитина/сім'я має для підтримки, включаючи людей, заходи, програми або організації, а також ресурси, яких ви наразі не маєте, але хотіли б або могли б отримати від них користь.

Пріоритети сім'ї

Це стислий опис конкретних навичок, видів діяльності та/або ресурсів, які ви хотіли б, щоб ваша дитина та/або сім'я набули в результаті надання послуг раннього втручання.

Розділ 4. Результати вашої дитини та сім'ї

Цей розділ визначає результат для дитини або сім'ї на основі того, чого ви хочете досягти, а також кроки для досягнення результату. Результат ґрунтується на інформації, якою ви поділилися про повсякденне життя вашої сім'ї під час оцінювання дитини та сім'ї. Підсумки щодо кожного результату у рамках плану IFSP мають бути написаними словами, зрозумілими для всіх, і з достатньою деталізацією, щоби коли він буде досягнутий, про це знали усі залучені особи. Результати мають ґрунтуватися на тому, що ви хотіли б бачити в діяльності вашої сім'ї в результаті надання підтримки та послуг EI.

Номер результату:	Цей результат дитини стосується:	<input type="checkbox"/> Розвитку позитивних соціальних відносин	<input type="checkbox"/> Отримання та використання нових знань та навичок	<input type="checkbox"/> Дій для задоволення власних потреб	Ці результати сім'ї стосуються:	<input type="checkbox"/> Добробуту сім'ї, участі сім'ї або інформації щодо сім'ї
Дата додавання результату:						

Результат:

Що зараз відбувається у зв'язку з цим результатом

Стратегія: які кроки та дії, в тому числі хто і коли, допоможуть нам у досягненні результату у рамках плану IFSP?

Підтримка, яку ми наразі надаємо, щоб допомогти досягти результату (формальна та реальна, у т. ч. послуги, які не передбачені програмою EI).

Огляд цього результату: огляд результатів у рамках плану IFSP має проводитись щонайменше кожні шість місяців, або навіть раніше. Ви можете подати запит на огляд результатів у рамках плану IFSP у будь-який час.

Результат огляду:

Дата огляду: _____

- Результат досягнуто Продовжити результат Переглянути результат Результат більше не є пріоритетом

Нові проблеми або події, які впливають на цей результат:

Прогрес у досягненні цього результату:

Оновлені стратегії:

Розділ 4. Результати вашої дитини та сім'ї

Цей розділ визначає результат для дитини або сім'ї на основі того, чого ви хочете досягти, а також кроки для досягнення результату. Результат ґрунтується на інформації, якою ви поділилися про повсякденне життя вашої сім'ї під час оцінювання дитини та сім'ї. Підсумки щодо кожного результату у рамках плану IFSP мають бути написаними словами, зрозумілими для всіх, і з достатньою деталізацією, щоби коли він буде досягнутий, про це знали усі залучені особи. Результати мають ґрунтуватися на тому, що ви хотіли б бачити в діяльності вашої сім'ї в результаті надання підтримки та послуг EI.

Номер результату:	Цей результат дитини стосується:	<input type="checkbox"/> Розвитку позитивних соціальних відносин	<input type="checkbox"/> Отримання та використання нових знань та навичок	<input type="checkbox"/> Дій для задоволення власних потреб	Ці результати сім'ї стосуються:	<input type="checkbox"/> Добробуту сім'ї, участі сім'ї або інформації щодо сім'ї
Дата додавання результату:						

Результат:

Що зараз відбувається у зв'язку з цим результатом

Стратегія: які кроки та дії, в тому числі хто і коли, допоможуть нам у досягненні результату у рамках плану IFSP?

Підтримка, яку ми наразі надаємо, щоб допомогти досягти результату (формальна та реальна, у т. ч. послуги, які не передбачені програмою EI).

Огляд цього результату: огляд результатів у рамках плану IFSP має проводитись щонайменше кожні шість місяців, або навіть раніше. Ви можете подати запит на огляд результатів у рамках плану IFSP у будь-який час.

Результат огляду:

Дата огляду: _____

- Результат досягнуто Продовжити результат Переглянути результат Результат більше не є пріоритетом

Нові проблеми або події, які впливають на цей результат:

Прогрес у досягненні цього результату:

Оновлені стратегії:

Розділ 4. Результати вашої дитини та сім'ї

Цей розділ визначає результат для дитини або сім'ї, виходячи з того, чого ви хочете досягти, а також кроки для досягнення вашого результату. Результат ґрунтується на інформації, якою ви поділилися про повсякденне життя вашої сім'ї під час оцінювання дитини та сім'ї. Підсумки щодо кожного результату у рамках плану IFSP мають бути написаними словами, зрозумілими для всіх, і з достатньою деталізацією, щоби коли він буде досягнутий, про це знали усі залучені особи. Результати мають ґрунтуватися на тому, що ви хотіли б бачити в діяльності вашої сім'ї в результаті надання підтримки та послуг EI.

Номер результату:	Цей результат дитини стосується:	<input type="checkbox"/> Розвитку позитивних соціальних відносин	<input type="checkbox"/> Отримання та використання нових знань та навичок	<input type="checkbox"/> Дій для задоволення власних потреб	Ці результати сім'ї стосуються:	<input type="checkbox"/> Добробуту сім'ї, участі сім'ї або інформації щодо сім'ї
Дата додавання результату:						

Результат:

Що зараз відбувається у зв'язку з цим результатом

Стратегія: які кроки та дії, в тому числі хто і коли, допоможуть нам у досягненні результату у рамках плану IFSP?

Підтримка, яку ми наразі надаємо, щоб допомогти досягти результату (формальна та реальна, у т. ч. послуги, які не передбачені програмою EI).

Огляд цього результату: огляд результатів у рамках плану IFSP має проводитись щонайменше кожні шість місяців, або навіть раніше. Ви можете подати запит на огляд результатів у рамках плану IFSP у будь-який час.

Результат огляду:

Дата огляду: _____

- Результат досягнуто Продовжити результат Переглянути результат Результат більше не є пріоритетом

Нові проблеми або події, які впливають на цей результат:

Прогрес у досягненні цього результату:

Оновлені стратегії:

Прізвище та ім'я дитини:

Дата народження:

Номер ETID:

Огляд результату(-ів) переходу: огляд результатів у рамках плану IFSP має проводитись щонайменше кожні шість місяців, або навіть раніше. Ви можете подати запит на огляд результатів у рамках плану IFSP у будь-який час.

Підсумок огляду результатів переходу дитини:

Дата огляду: _____

- Результат досягнуто Продовжити результат Переглянути результат Результат більше не є пріоритетом

Підсумок огляду результатів періоду переходу для сім'ї:

- Результат досягнуто Продовжити результат Переглянути результат Результат більше не є пріоритетом

Нові проблеми або події, які впливають на цей результат

Прогрес у досягненні цього результату

Оновлені стратегії, кроки та заходи:

Розділ 6. Послуги раннього втручання

Послуги раннього втручання можуть надаватися первинним постачальником послуг (PSP) або вторинним постачальником послуг (SSP). Первинний постачальник послуг (PSP) безпосередньо допомагає/обслуговує сім'ю, щоб підтримати результати та сприяти навчанню та розвитку дитини. Вторинний постачальник послуг (SSP) періодично підтримує PSP та сім'ю для допомоги у досягненні результатів у рамках плану IFSP під час спільних візитів. Спільні візити відбуваються так часто, як це необхідно, виходячи з потреб PSP та сім'ї. На додаток до свого(-їх) постачальника(-ів), ви завжди маєте доступ до повного складу команди постачальників послуг EI, готових підтримати вашу сім'ю.

Використовуючи всю наявну інформацію, команда IFSP визначила наступні послуги EI, які мають допомогти у досягненні результатів:

Дата плану IFSP:

Тип послуги EI	Методика	Місце	Частота	Тривалість процедури	Організація постачальника послуг	Джерело фінансування	Запланована дата початку*	Запланована дата закінчення	Номер(и) результату(-ів)
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Нова послуга		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Нова послуга		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Нова послуга		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Нова послуга		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Нова послуга		

Метод: особисто (P); технологія (T)

Місце: вдома (H); у спільноті (C); інше (O)

*Якщо передбачається, що будь-яка нова або змінена послуга з'явиться протягом 10 днів після цієї зустрічі щодо плану IFSP, див. розділ «Відмова від строків» у Розділі 8 плану IFSP.

Пояснення, чому будь-яка послуга(и) EI не може бути надана в природному середовищі:

Список кроків, включаючи заплановану дату, які будуть робити координатор послуг EI та сім'я для того, щоб надати послуги в звичному для дитини середовищі:

Послуги EI, які потрібні, але ще не скоординовані:

Кроки, які робитиме координатор послуг EI, щоб скоординувати необхідні послуги EI:

Своєчасне отримання послуг
(TRS) передбачається до: _____

Розділ 7. Участь команди

В доповнення до вашого цінного внеску у розробку цього плану IFSP, у визначенні відповідності критеріям, оцінці та/або розробці плану IFSP брали участь наступні особи:

Прізвище та ім'я координатора послуг EI:

Телефон:

Електронна пошта:

Прізвище та ім'я:

Телефон:

Електронна пошта:

Посада: Особа, що здійснює оцінювання Постачальник послуг

Спеціальність:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Спеціаліст з розвитку | <input type="checkbox"/> Логопед |
| <input type="checkbox"/> Вихователь дошкільного навчального закладу/ підготовчого класу школи | <input type="checkbox"/> Ерготерапевт |
| <input type="checkbox"/> Соціальний працівник | <input type="checkbox"/> Фізіотерапевт |
| <input type="checkbox"/> Офтальмолог | <input type="checkbox"/> Медсестра/медбрат |
| <input type="checkbox"/> Лікар-сурдолог | <input type="checkbox"/> Інше: |

Прізвище та ім'я:

Телефон:

Електронна пошта:

Посада: Особа, що здійснює оцінювання Постачальник послуг

Спеціальність:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Спеціаліст з розвитку | <input type="checkbox"/> Логопед |
| <input type="checkbox"/> Вихователь дошкільного навчального закладу/ підготовчого класу школи | <input type="checkbox"/> Ерготерапевт |
| <input type="checkbox"/> Соціальний працівник | <input type="checkbox"/> Фізіотерапевт |
| <input type="checkbox"/> Офтальмолог | <input type="checkbox"/> Медсестра |
| <input type="checkbox"/> Лікар-сурдолог | <input type="checkbox"/> Інший варіант: |

Прізвище та ім'я:

Телефон:

Електронна пошта:

Посада: Особа, що здійснює оцінювання Постачальник послуг

Спеціальність:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Спеціаліст з розвитку | <input type="checkbox"/> Логопед |
| <input type="checkbox"/> Вихователь дошкільного навчального закладу/ підготовчого класу школи | <input type="checkbox"/> Ерготерапевт |
| <input type="checkbox"/> Соціальний працівник | <input type="checkbox"/> Фізіотерапевт |
| <input type="checkbox"/> Офтальмолог | <input type="checkbox"/> Медсестра/медбрат |
| <input type="checkbox"/> Лікар-сурдолог | <input type="checkbox"/> Інший варіант: |

Прізвище та ім'я:

Телефон:

Електронна пошта:

Посада: Особа, що здійснює оцінювання Постачальник послуг

Спеціальність:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Спеціаліст з розвитку | <input type="checkbox"/> Логопед |
| <input type="checkbox"/> Вихователь дошкільного навчального закладу/ підготовчого класу школи | <input type="checkbox"/> Ерготерапевт |
| <input type="checkbox"/> Соціальний працівник | <input type="checkbox"/> Фізіотерапевт |
| <input type="checkbox"/> Офтальмолог | <input type="checkbox"/> Медсестра/медбрат |
| <input type="checkbox"/> Лікар-сурдолог | <input type="checkbox"/> Інший варіант: |

Імена інших учасників

Посада/ким доводиться родині

Розділ 8. Попереднє письмове повідомлення та згода на отримання послуг раннього втручання

Згода батьків

Я погоджуюсь на надання послуг раннього втручання, описаних у цьому плані IFSP. Я брав(-ла) участь у розробці плану IFSP і повністю проінформований(-а) та розумію усю інформацію про надання послуг раннього втручання, описаних в цьому плані IFSP. У мене є брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання штату Огіо» та я розумію свої права на надання згоди. Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми раннього втручання у мене є можливість урегулювання спору.

Я розумію, що коли постачальник послуг раннього втручання (EI) штату Огіо рекомендує або пропонує розпочати або змінити послуги EI, які надаватимуться моїй родині та моїй дитині, то, у такому випадку я маю отримати попереднє письмове повідомлення щонайменше за десять календарних днів до початку або зміни цих послуг EI. Я розумію, що цей план IFSP є попереднім письмовим повідомленням щодо запропонованих послуг раннього втручання, а детальна інформація щодо їх запропонованого початку або зміни описані в розділі 6 плану IFSP. Додаткове попереднє письмове повідомлення не потребується для послуги, яку було запропоновано припинити використовуючи форму EI-11 перед зустріччю щодо плану IFSP.

Відмова від строків виконання (необов'язково)

Я погоджуюся відмовитися від свого права на отримання письмового повідомлення за 10 календарних днів до зміни або початку надання послуг EI і розумію наслідки цієї відмови.

Ініціали батьків (одного з батьків)

Дата

Прізвище та ім'я батька/матері

Підпис батька/матері

Дата

Прізвище та ім'я батька/матері

Підпис батька/матері

Дата

Згода координатора послуг EI та постачальника послуг

Ми розуміємо, що отримані результати відображають пріоритети та проблеми родини, а послуги EI сприяють досягненню цих результатів. Ми погоджуємося на виконання плану IFSP в такий спосіб, який надасть родині можливість допомагати своїй дитині за будь-якої нагоди брати участь у повсякденному житті сім'ї та вчитися, засновуючись на повсякденній діяльності членів сім'ї.

Прізвище та ім'я

Спеціальність

Підпис

Дата

Координатор
послуг для EI

Форма EI-05

Сьогоднішня
дата

Прізвище й ім'я дитини

Дата народження
дитини

Номер ETID

Згода на використання страхування для оплати послуг раннього втручання

Використання приватного страхування

Мій координатор послуг пояснив(-ла) правила «системи платежів» та розповів(-ла) про всі потенційні витрати, які можуть мати місце при використанні мого приватного страхування для сплати за послуги раннього втручання, такі як додаткові платежі, франшизи, премії або довгострокові витрати (наприклад, втрата пільг через ліміти покриття річного або пожиттєвого медичного страхування) за умовами страхового договору. Я отримав(-ла) письмове повідомлення про потенційні витрати та про свої права. Я розумію, що коли я даю згоду на використання мого приватного страхування, держава сплачуватиме додаткові платежі та франшизи за перші 100 модулів послуг раннього втручання протягом року IFSP, якщо мене признають платоспроможним(-ою). Держава оплатить додаткові платежі та франшизу за всі модулі програми раннього втручання, якщо мене визнають неплатоспроможним(-ою).

Я даю згоду використати моє приватне страхування для оплати послуг раннього втручання (EI) Так Ні У мене немає приватного страхування

Номер основного страхового договору	Дата початку	Дата закінчення
-------------------------------------	--------------	-----------------

Назва медичної страхової компанії	Прізвище та ім'я застрахованої особи
-----------------------------------	--------------------------------------

Номер вторинного страхового договору	Дата початку	Дата закінчення
--------------------------------------	--------------	-----------------

Назва медичної страхової компанії	Прізвище та ім'я застрахованої особи
-----------------------------------	--------------------------------------

Ім'я та прізвище батьків	Підпис(-и) батьків
--------------------------	--------------------

Використання державного страхування

Мій координатор послуг пояснив(-ла) мені систему оплати послуг раннього втручання. Я отримав(-ла) письмове повідомлення про свої права та розумію, що потенційні витрати в разі використання моїх пільг за програмою Medicaid для сплати за послуги EI відсутні.

Я погоджуюсь надати персональну інформацію моєї дитини (інформацію, яка використовується для встановлення особи моєї дитини) постачальнику послуг раннього втручання за IFSP та державній установі, яка обслуговує за програмою Medicaid, з метою виставлення рахунків

Так Ні У моєї дитини немає страховки Medicaid

Отримувач Medicaid/номер для виставлення рахунку

Імена й прізвища батьків
(одного з батьків)

Підпис(-и) батьків
(одного з батьків)

Дата



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Форма EI-06

Сьогоднішня
дата

Прізвище й ім'я дитини

Дата народження
дитини

Номер ETID

Згода на передачу інформації або обмін нею

Як батьки ви можете отримати доступ до будь-якої частини записів своєї дитини, пов'язаних із програмою раннього втручання (Early Intervention (EI)). Записи, пов'язані з програмою EI, означають усі записи стосовно вашої дитини, які збираються, зберігаються або використовуються згідно з федеральним законодавством – частиною С Закону про освіту осіб з обмеженими можливостями.

За винятком імені й прізвища вашої дитини, дати народження та ваших контактних даних, які передаються до шкільного округу, ваша інформація, пов'язана з програмою EI, не може бути передана жодній особі чи установі за межами системи EI без вашого дозволу. З вашого дозволу ця інформація може бути передана в усній або письмовій формі. Ви можете вирішити, якою інформацією ділитися, а якою – ні. Копію цієї форми буде надано установам чи особам, якщо ви дасте дозвіл на передачу інформації або обмін нею. Згода батьків не потрібна в певних обмежених обставинах. Інформацію про ці обставини наведено в брошурі щодо прав батьків (Parent Rights).

Я даю дозвіл програмі Ohio Early Intervention на передачу інформації вказаній нижче стороні чи обмін інформацією з нею.

Ім'я і прізвище особи та/або установа:

Контактна інформація (за наявності):

Інформація про мою дитину чи про мене, яку можна передавати або якою можна обмінюватися:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Індивідуальний план обслуговування родини (IFSP) | <input type="checkbox"/> Результати визначення відповідності критеріям |
| <input type="checkbox"/> Примітки до особистої справи EI | <input type="checkbox"/> Усі записи EI |
| <input type="checkbox"/> Інше (укажіть) | <input type="text"/> |

Способи передачі цієї інформації чи обміну нею:

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Телефонно або у формі тексту чи відео | <input type="checkbox"/> Особисто | <input type="checkbox"/> У вигляді паперових записів |
| <input type="checkbox"/> Електронною поштою, факсом чи за допомогою завантаження цифрових даних | | |

Метою передачі інформації або обміну нею є надання допомоги в наступному:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Визначення відповідності критеріям Ohio EI | <input type="checkbox"/> Перехід з EI до дошкільних або інших громадських програм |
| <input type="checkbox"/> Розробка IFSP | <input type="checkbox"/> Послуги, які надаються дитині, і її розвиток |
| <input type="checkbox"/> Інше (укажіть) | <input type="text"/> |

Опишіть будь-які обмеження щодо передачі інформації або обміну нею, якщо вони є:

Згода дійсна:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> До третього дня народження моєї дитини | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> З | <input type="text"/> до <input type="text"/> |

Мій координатор послуг або постачальник послуг EI надав мені всі відомості стосовно передачі інформації або обміну нею і пояснив права батьків, зокрема щодо надання згоди. У мене є примірник брошури Parent Rights від програми EI штату Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми EI в мене буде можливість урегулювання спору. Я все розумію і погоджуюся на передачу інформації про мою дитину або обмін нею. Я розумію, що інші організації, які не займаються питаннями раннього втручання, можуть вимагати підписання власних форм згоди на передачу інформації, навіть якщо я погоджуюся на обмін нею.

Імена й прізвища батьків
(одного з батьків)

Підпис(-и) батьків
(одного з батьків)

Дата

Якщо цю форму заповнює не координатор послуг EI, а інша особа, постачальник послуг EI повинен надіслати копію

координатору послуг EI впродовж п'яти календарних днів із моменту підписання цієї згоди.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Форма EI-07

Сьогоднішня дата

Прізвище й ім'я дитини

Дата народження дитини

Номер ETID

Згода на зустріч щодо планування переходу (Transition Planning Conference (TPC))

Перед тим, як Вашій дитині виповниться три (3) роки та Ви покинете програму раннього втручання (Early Intervention, EI), корисно буде провести зустріч щодо планування переходу, щоб спланувати, як ми можемо допомогти Вам перейти від програми раннього втручання до тих послуг та підтримки, на які Ваша дитина може мати право у віці 3 років. Зустріч повинна відбутися щонайменше за 90 днів, але не раніше ніж за 9 місяців до досягнення дитиною віку 3 років. Перед тим, як запланувати цю зустріч, Ви та Ваша команда EI можете визначити інших осіб, у тому числі постачальників послуг зі спільноти, яких Ви хочете запросити на цю зустріч.

Я розумію та даю згоду на призначення зустрічі TPC

Я не даю згоду на призначення зустрічі TPC

Якщо Ваша дитина може мати право на отримання послуг дошкільної спеціальної освіти, то відповідальним за надання цих послуг буде Ваш місцевий шкільний округ. Буде корисним запросити представника шкільного округу, який пояснить Вам процес того, як визначається чи проходить учень(-иця) по критеріях частини «В» для отримання права на дошкільну спеціальну освіту. На цю зустріч можуть бути запрошені й інші постачальники послуг зі спільноти.

Я даю згоду на запрошення представника шкільного округу на мою зустріч TPC

Я не даю згоди на запрошення представника шкільного округу на мою зустріч TPC

Якщо Ви разом зі своєю командою з програми EI вважаєте, що Ваша дитина НЕ має потенційного права на послуги з дошкільної спеціальної освіти, АБО Ви не хочете запрошувати когось зі шкільного округу, то ми можемо призначити зустріч з планування переходу з будь-якими іншими постачальниками зі спільноти, яких Ви визначили як потенційні ресурси для надання Вам послуг.

Імена батьків (одного з батьків)

Підпис(и) батьків (одного з батьків)

Дата



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Форма EI-08

Сьогоднішня
дата

Прізвище й ім'я дитини

Дата народження
дитини

Номер ETID

Згода на направлення дитини до місцевих навчальних закладів освіти й Департаменту освіти та праці штату Ohio (Ohio Department of Education and Workforce, ODEW)

Служба раннього втручання (EI) штату Ohio нещодавно отримала направлення для вашої дитини. Оскільки програма EI призначена для дітей зі затримкою розвитку та обмеженими можливостями віком від народження до трьох років, а вашій дитині вже майже три роки, то розглядати відповідність вашої дитини критеріям програми EI недоцільно. Проте якщо ви підозрюєте, що у вашої дитини можуть бути затримка у розвитку або обмежені можливості, ваша дитина може мати право на послуги спеціальної дошкільної освіти згідно з частиною В Закону про освіту осіб з обмеженими можливостями (Individuals with Disabilities Education Act).

Ви можете самостійно звернутися до свого шкільного округу за направленням.

Якщо ви бажаєте, щоб за направленням до вашого шкільного округу звернулася служба EI, то нам буде необхідна ваша згода. За вашою згодою ми використаємо цю форму, щоб надати вашу контактну інформацію і прізвище, ім'я та дату народження дитини вашому шкільному округу, який відповідає за освіту вашої дитини, а також департаменту ODEW.

Я повністю проінформований(-а) та розумію, що моя контактна інформація, прізвище та ім'я моєї дитини будуть передані місцевому шкільному округу й департаменту ODEW. Я отримав(-ла) примірник брошури «Права батьків в межах програми раннього втручання штату Ohio» (Ohio Early Intervention Parent Rights) (ohioearlyintervention.org/printed-materials) разом із цією формою. Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми EI, у мене буде можливість урегулювання спору. Я погоджуюсь, щоб служба EI передала прізвище, ім'я і дату народження дитини й мою контактну інформацію шкільному округу та департаменту ODEW.

Ім'я та прізвище батька/матері

Підпис(и) батька/матері

Дата

Поштова адреса батька/матері

Адреса електронної пошти батька/матері

Номер телефону
батька/матері

Місто, штат, поштовий індекс батька/матері

*Після отримання підпису одного із батьків, цю підписану форму необхідно надіслати електронною поштою на адресу EI@childrenandyouth.ohio.gov, щоб забезпечити виконання цього направлення.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Форма EI-10

Сьогоднішня
дата

Прізвище й ім'я дитини

Дата народження
дитини

Номер ETID

Ім'я та прізвище батька/матері

Попереднє письмове повідомлення про вихід з програми

Служба раннього втручання (Early Intervention, EI) штату Ohio пропонує завершити надавання послуг EI для вас і вашої дитини. Служба EI штату Ohio зберігатиме копію записів, що стосуються вашої дитини до досягнення нею дев'ятирічного віку. У вас є право на перегляд або на запит записів, що стосуються вашої дитини. Служба EI штату Ohio пропонує, щоб ваша дитина вийшла із системи EI не раніше ніж через 10 днів з дати цього повідомлення з наступних причин:

- Скринінг вашої дитини не виявив жодних підозр щодо затримки розвитку або обмежених можливостей. Ви можете подати запит на проведення оцінювання в будь-який час, звернувшись до свого координатора послуг EI.
- Необхідні дослідження або оцінювання не було проведено.
- Ваша дитина не відповідає вимогам для отримання послуг EI.
- Ваша дитина виїхала зі штату Ohio.

Пропонована дата виходу з програми:

Коментарі:

- Результати, що були у зазначені в плані IFSP для вашої дитини було досягнуто, і команда визначила, що немає потреби у встановленні додаткових цілей у плані IFSP.
- Ви повідомляєте нам, що більше не зацікавлені або не можете брати участь у послугах EI у цей момент.
- Нам не вдалося зв'язатися з вами. Якщо ви все ще зацікавлені в отриманні послуг EI, будь ласка, зв'яжіться з вашим координатором послуг EI протягом десяти календарних днів з моменту отримання цього повідомлення.
- Вашу дитину було переведено до програми отримання послуг згідно з частиною B індивідуального плану навчання (IEP) до того, як їй виповнилося три роки.

Ви, як батьки, маєте можливість урегулювання спорів. Примірник брошури «Права батьків в межах програми раннього втручання» (ohioearlyintervention.org/printed-materials) додається. Якщо ви все ще зацікавлені в отриманні послуг раннього втручання або вважаєте, що причина виходу вашої дитини з програми незрозуміла або невірна, будь ласка, зв'яжіться зі мною.

Прізвище та ім'я координатора послуг EI

Контактна інформація координатора послуг EI

Ви можете відстежувати розвиток вашої дитини тут — www.helpmegrow.org/ASQ. Ви можете повторно звернутися до нас у будь-який час до досягнення вашою дитиною трирічного віку, зателефонувавши до приймального центру Central Intake за номером 1-800-755-4769 або відвідавши вебсайт www.ohioearlyintervention.org.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Форма EI-11

Сьогоднішня
дата

Прізвище й ім'я дитини

Дата народження
дитини

Номер ETID

Ім'я та прізвище батька/матері

Попереднє письмове повідомлення про запропоновані зміни в послугах

Процес надання послуг раннього втручання (EI) в штаті Ohio визначається під час складання індивідуального плану надання послуг сім'ї (Individualized Family Service Plan, IFSP). Попереднє письмове повідомлення про ці послуги надається через форму IFSP під час зустрічі щодо плану IFSP. Однак, якщо будь-який постачальник послуг EI у штаті Ohio запропонує припинити надання послуг EI до того, як буде проведено зустріч щодо плану IFSP, ви повинні будете отримати таке попереднє письмове повідомлення принаймні за десять календарних днів до припинення надання таких послуг EI. Ваш координатор послуг зв'яжеться з вами, щоб призначити зустріч щодо плану IFSP і визначити подальші кроки.

Програма EI у штаті Ohio пропонує припинити одну або декілька послуг EI для вашої дитини й вашої родини.

Інформація про запропоновані зміни

Причина запропонованих змін

Пропонована дата змін (не менше 10 днів від сьогоднішньої дати)

Якщо у вас є будь-які питання стосовно цієї дії, зверніться до мене якомога раніше.

Назва (ім'я) постачальника послуг EI

Контактна інформація постачальника послуг EI

Ви, як батьки, маєте можливість урегулювання спорів. Примірник брошури «Права батьків в межах програми раннього втручання штату Ohio» (Ohio Early Intervention Parent Rights) (ohioearlyintervention.org/printed-materials) додається. Якщо у вас є будь-які питання, зверніться до свого координатора послуг EI:

Прізвище та ім'я координатора послуг EI

Контактна інформація координатора послуг EI

Відмова від часових обмежень (необов'язково)

Я розумію і погоджуюся відмовитися від свого права на отримання письмового повідомлення за 10 календарних днів до зміни запланованої діяльності.

Ініціали батька/матері

Дата

(дата) (ім'я/посада)
надав(-ла) копію цього повідомлення і форму згоди батькам (одному(-ій) із батьків)
 особисто поштою електронною поштою.

Якщо цю форму заповнює не координатор послуг EI, то постачальник послуг EI має надіслати копію координатору послуг EI впродовж п'яти календарних днів з моменту надання повідомлення батькам дитини.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Форма EI-12

Прізвище й ім'я дитини

Дата народження
дитини

Ім'я і прізвище
батька/матері

Номер ETID

Документування діагностованого порушення/захворювання

Я даю згоду на надсилання цієї форми моєму медичному працівникові з метою отримання документації про діагноз моєї дитини та його вплив на її розвиток.

Підпис батька/матері

Дата

Шановний медичний працівнику! Відповідно до вимог штатів і федеральних вимог щодо відповідності критеріям згідно з частиною С Закону про освіту осіб з обмеженими можливостями (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), більшість медичних діагнозів не означає, що дитина автоматично відповідає критеріям для участі в програмі раннього втручання (EI). Проте спеціаліст, який має ліцензію на діагностування і лікування ментальних чи фізичних захворювань, може визначити, що діагностоване порушення/захворювання конкретної дитини вірогідно призведе до затримки розвитку. У такому випадку команда EI проведе повне оцінювання з метою визначення потреб дитини в межах цієї програми. **Для того, щоб визначити відповідність критеріям програми EI за допомогою цієї форми, необхідно заповнити в ній усі поля.**

Вкажіть конкретний діагноз дитини в цьому полі.
Не вказуйте «загальна затримка», «затримка розвитку» або занепокоєння щодо розвитку, як-от «занепокоєння щодо розвитку мовлення».

Я вважаю, що медичний стан цієї дитини може призвести до затримки розвитку як мінімум в одному з наступних напрямків розвитку (позначте всі застосовні варіанти)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Спілкування | <input type="radio"/> Соціальний/емоційний розвиток |
| <input type="radio"/> Рух | <input type="radio"/> Навички адаптації/турбота про себе/самостійність |
| <input type="radio"/> Зір | <input type="radio"/> Когнітивний розвиток/розв'язування проблем |
| <input type="radio"/> Слух | <input type="radio"/> Інше (вказіть) _____ |

Коментарі (необов'язково)

У мене **немає** приводу вважати, що порушення/захворювання цієї дитини може призвести до затримки розвитку. Проте я розумію, що у батьків та дитини є право на проведення оцінювання розвитку, щоб визначити відповідність критеріям програми.

Фахівець, який має ліцензію на діагностування та лікування ментальних чи фізичних захворювань

Ім'я

Тип ліцензії

Телефон

Підпис

Електронна адреса

Дата

Будь ласка, поверніть цю форму координатору послуг раннього втручання (EI) дитини

Ім'я координатора послуг EI

Номер факсу

Електронна пошта

Лише для координатора послуг EI

Дата отримання форми _____



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Форма EI-13

Сьогоднішня
дата

Прізвище й ім'я дитини

Дата народження
дитини

Номер ETID

Ім'я та прізвище батька/матері

Повідомлення про зустріч щодо індивідуального плану обслуговування родини (Individualized Family Service Plan, IFSP)

Настав час провести нашу зустріч, щоб:

- Розробити тимчасовий план IFSP, поки ми не проведемо оцінювання та не складемо початковий план IFSP
- Перевірити відповідність до критеріїв та інформацію про оцінювання й розробити перший (початковий) план IFSP
- Провести періодичний перегляд IFSP, щоб визначити ступінь прогресу в досягненні результатів, зазначених в IFSP, а також визначити, чи потрібні зміни або перегляд результатів або послуг раннього втручання, вказаних в IFSP
- Перевірити відповідність до критеріїв та інформацію про оцінювання й розробити річний план IFSP
- Ця зустріч щодо плану IFSP включатиме обговорення зустрічі щодо планування переходу.

Ми домовилися запланувати зустріч щодо плану IFSP на

Дата

Час

Місцезнаходження

На зустріч щодо плану IFSP були запрошені наступні постачальники послуг раннього втручання (EI). Їм буде надіслано копію цього повідомлення.

Прізвище та ім'я, посада, установа

Ви попросили, щоб на зустрічі щодо плану IFSP були присутні наступні особи. Їм буде надіслано копію цього повідомлення.

Прізвище та ім'я, посада або ким доводиться

Якщо у вас є будь-які питання або ви хочете щось змінити стосовно цієї зустрічі, зверніться до мене, вашого координатора послуг EI:

Прізвище та ім'я координатора послуг EI Контактна інформація координатора послуг EI



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Форма EI-14

Подальші дії після видачі направлення спеціалістом

Сьогоднішня дата	Прізвище та ім'я дитини, якій було видано направлення	Дата народження дитини	Дата направлення до програми EI
Прізвище та ім'я спеціаліста, який направив дитину	Назва установи	Контактна інформація спеціаліста або установи	

- Програма EI не отримала згоди батьків на передачу інформації про статус направлення дитини. Для отримання додаткової інформації зв'яжіться із сім'єю.
- Неодноразові спроби зв'язатися з батьками були невдалими. Повідомте нам, якщо у вас є оновлена контактна інформація батьків.

Батьки дали згоду на передачу наступної інформації:

- Батьки відмовилися від послуг раннього втручання (EI) в штаті Ohio.
- Дитина відповідає критеріям програми раннього втручання (EI) в штаті Ohio й було розроблено план IFSP.
- Дитина пройшла оцінювання й не має права на участь у програмі раннього втручання (EI) в штаті Ohio.
- Було проведено скринінг розвитку, і у дитини немає підозр на затримку або інвалідність.
- Інше:

Мій координатор послуг надав(-ла) мені всю інформацію стосовно статусу направлення моєї дитини до програми EI, а також пояснив(-ла) мені права батьків, зокрема щодо надання згоди. У мене є примірник брошури «Права батьків в межах програми раннього втручання штату Ohio» (Ohio Early Intervention Parent Rights) (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми раннього втручання, у мене буде можливість урегулювання спору. Я розумію та даю згоду на передачу інформації щодо статусу направлення моєї дитини спеціалістові, який видав це направлення.

Ім'я та прізвище батька/матері	Підпис(и) батька/матері	Дата
--------------------------------	-------------------------	------

**Служба раннього втручання (EI) штату Ohio вітає вас з цим направленням!
Ви можете отримати нове направлення в будь-який час,
зателефонувавши до приймального центру Central Intake за номером
1-800-755-4769 або завітавши на вебсайт www.ohioearlyintervention.org.**



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Форма EI-15

Сьогоднішня
дата

Прізвище й ім'я дитини

Дата народження
дитини

Номер ETID

Визначення спроможності батьків оплатити послуги раннього втручання

Документ (потрібен тільки один)

(A) Картка Medicaid
штату Ohio

(B) Карта WIC
штату Ohio

(C) Дохід батька/матері

Ініціали
батька/
матері

Я розумію, що надання інформації про мій дохід дозволяє координатору послуг EI визначити, чи маю я право на отримання інших ресурсів, що базуються на доходах. Однак я вирішив(-ла) не ділитися своєю фінансовою інформацією і розумію, що згідно з ОАС 5123-10-03 (D), я буду нести відповідальність за оплату вартості послуг раннього втручання понад перші 100 одиниць, що фінансуються державою.

Дохід батька/матері: Щотижневий (52) Двічі на тиждень (26) Щомісячний (12)
 Двічі на місяць (24) Розмір сім'ї: _____

Дата(-и) платіжної квитанції _____

Загальна сума(-и) _____

Дохід батька/матері: Щотижневий (52) Двічі на тиждень (26) Щомісячний (12)
 Двічі на місяць (24) Розмір сім'ї: _____

Дата(-и) платіжної квитанції _____

Загальна сума(-и) _____

Загальний річний дохід: _____

Сімейний дохід, менший або дорівнює сумі, що відповідає критеріям відповідності програмі Healthy Start Eligibility для незастрахованих дітей? (206 % федерального прожиткового мінімуму (Federal Poverty Level, FPL)) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> Так Ні

Я ознайомився(-лася) з документацією, наданою батьками відповідно до ОАС 5123-2-10-03 (D), і визначив(-ла), що батько (мати) не в змозі оплатити послуги раннього втручання.

Прізвище та ім'я координатора послуг

Дата

Підпис координатора послуг EI

Я ознайомився(-лася) з інформацією у цій формі, та мій координатор послуг пояснив(-ла) мені спосіб визначення моєї спроможності оплатити послуги EI. У мене є брошура «Права батьків в межах програми раннього втручання штату Ohio» (Ohio Early Intervention Parent Rights) (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми раннього втручання в мене буде можливість урегулювання спору.

Імена й прізвища батьків
(одного з батьків)

Підпис(-и) батьків
(одного з батьків)

Дата



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Форма EI-16

Для виключного використання штатом:

Форму EI-16 отримано:

Переглянуто:

Номер CMACS:

Внесено до CMACS:

Електронний лист було надіслано:

Сьогоднішня дата

Прізвище та ім'я дитини

Номер ETID

Дата народження дитини

Оплата за послуги раннього втручання (EI)

Прізвище та ім'я батька/матері			Прізвище та ім'я батька/матері		
Адреса			Адреса		
Місто	Штат	Поштовий індекс	Місто	Штат	Поштовий індекс
Номер соціального страхування	Ким доводиться дитині		Номер соціального страхування	Ким доводиться дитині	
Домашній телефон	Робочий телефон		Домашній телефон	Робочий телефон	
Прізвище та ім'я координатора послуг EI			Електронна пошта координатора послуг EI		

Назва організації, що надає послуги:

Округ:

В змозі сплатити? Так Ні

Стать дитини: Чоловіча Жіноча

Сім'я дала згоду на використання державного чи приватного страхування? Так (будь ласка, додайте EI-05) Ні

Чи надаються послуги у природному середовищі? Так Ні Дата останнього початкового/річного плану IFSP:

Рекомендовані послуги раннього втручання (EI) у межах плану IFSP (додайте додаткові сторінки, якщо потрібно)

Тип IFSP: Початковий Річний Періодичний Повторне подання EI-16

Відмітити рекомендовані послуги	Послуга EI	Частота (тобто: 8 x 45 хвилин/180 днів)	IFSP підписано Дата	Закінчення IFSP Дата	Для виключного використання штатом	
					Категорія послуги	Одиниці
<input type="checkbox"/>	Оцінювання/оцінка				43 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/>	
	Зустрічі команди/щодо IFSP				EICAT1	
<input type="checkbox"/>	Логопедична терапія/ерготерапія терапія вигодовування				ST	
<input type="checkbox"/>	Мовлення				THER	
<input type="checkbox"/>	Ерготерапія					
<input type="checkbox"/>	Фізіотерапія					
Чи додано комерційну пропозицію? <input type="checkbox"/>	Допоміжні технології					
<input type="checkbox"/>	Послуга EI не вказана:					

Тільки примітки від штату



Department of Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

