

تاريخ اليوم

اسم الطفل

تاريخ ميلاد الطفل

رقم ETID

إخطار كتابي مُسبق وموافقة لإجراء فحص النمو

يُستخدم فحص النمو لتحديد ما إذا كان طفلك يعاني من تأخر النمو أم لا. ويشمل الفحص جمع المعلومات منك، بصفتك ولي الأمر، ومن شخص آخر (أشخاص آخرين) من اختيارك، واستخدام أداة فحص تغطي جميع مجالات النمو. وقد يشمل أيضاً مراقبة طفلك. ويحق لك طلب إجراء تقييم النمو في أي وقت بغض النظر عن نتيجة الفحص. يجب تقديم الإخطار الكتابي لك قبل 10 أيام تقويمية على الأقل من تاريخ الفحص.

أبلغني منسق الخدمة بجميع المعلومات المتعلقة بفحص النمو وأوضح الحقوق الممنوحة لي بصفتي ولي الأمر، بما في ذلك حقي في منح الموافقة. لدي نسخة من كتيب حقوق ولي الأمر المتعلقة بالتدخل المبكر (EI) في ولاية [Ohio \(ohioearlyintervention.org/printed-materials\)](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials). وأفهم أن لدي خيارات لحل النزاع إذا كانت لدي شكوى متعلقة بالتدخل المبكر (EI). أفهم وأوافق على إجراء فحص النمو لطفلي. وأفهم أن موافقتي طوعية ويمكن سحبها في أي وقت.

التنازل عن الجدول الزمني (اختياري)

أفهم وأوافق على التنازل عن حقي في تلقي إخطار كتابي قبل 10 أيام تقويمية من إجراء النشاط المقترح.

التاريخ

الأحرف الأولى من اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)

التاريخ

توقيع ولي الأمر (أولياء الأمور)

اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

إخطار كتابي مسبق وموافقة لإجراء تقييم وتقدير للنمو

يجري اختصاصي واحد أو أكثر من فريق التدخل المبكر (EI) تقييم النمو لتحديد أهلية طفلك في حالة عدم وجود حالة طبية مؤهلة مؤكدة.

يهدف تقدير نمو طفلك، الذي يُجرى عادةً في الوقت نفسه، إلى فهم مشاركة طفلك ضمن الأعمال الروتينية والأنشطة اليومية لعائلتك. ويشمل التقييم والتقدير ما يلي:

- مراجعة السجلات ذات الصلة، بما في ذلك السجلات الطبية التي توافق على الكشف عنها
- مراقبة طفلك

- جمع معلومات منك عن نمو طفلك، بما في ذلك مشاركته في الأعمال الروتينية والأنشطة اليومية
- استخدام أداة (أدوات) التقييم والتقدير التي توفر معلومات حول نمو طفلك في مجالات التواصل، والتكيف/الرعاية الذاتية، والسلوكيات الاجتماعية/العاطفية، والإدراك/التفكير/حل المشاكل، والمهارات الحركية/الحركة، والرؤية والسمع.

أثناء التقدير الموجه للأسرة، تشارك مخاوفك وأولوياتك لتضمن طفلك بنجاح في أنشطتك اليومية. ستناقش الموارد المحتملة التي لديك أو قد تحتاج إليها لمساعدتك في دعم نمو طفلك.

إذا تقرر أن طفلك مؤهل، سستخدم معلومات تقييم وتقدير النمو لدى طفلك والتقدير الموجه للأسرة لتطوير خطة خدمات الأسرة الفردية وتحديد خدمات التدخل المبكر اللازمة لدعمك أنت وطفلك. يجب تقديم الإخطار الكتابي لك قبل 10 أيام تقويمية على الأقل من تاريخ تقييم وتقدير النمو.

نقترح (ضع علامة أمام كل ما ينطبق):

تحديد أهلية طفلك للحصول على خدمات التدخل المبكر (EI) من خلال إجراء تقييم النمو.

تحديد نقاط القوة لدى طفلك واحتياجاته من خلال تقدير النمو.

تحديد مخاوفك وأولوياتك ومواردك المتعلقة بدعم نمو طفلك من خلال التقدير الموجه للأسرة

التنازل عن الجدول الزمني (اختياري)
أفهم وأوافق على التنازل عن حقي في تلقي
إخطار كتابي قبل 10 أيام تقويمية من إجراء
النشاط المقترح.

الأحرف الأولى من اسم ولي
الأمر (أولياء الأمور)
التاريخ

أبلغني منسق الخدمة بكل المعلومات المتعلقة بتقييم و/أو تقدير النمو لدى طفلي وكذلك التقدير الموجه للأسرة وأوضح الحقوق الممنوحة لي بصفتي ولي الأمر، بما في ذلك منح الموافقة. لدى نسخة من كتيب حقوق ولي الأمر المتعلقة بالتدخل المبكر في ولاية [Ohio \(ohioearlyintervention.org/printed-materials\)](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials). أفهم أن لدي خيارات لتسوية النزاعات إذا كانت لدي شكوى متعلقة بالتدخل المبكر (EI). وأفهم أنه لكي يتم تقديم خدمات لطفلي في نظام التدخل المبكر (EI)، يجب تحديد الأهلية وإكمال تقدير نمو طفلي. كما أفهم أن قرارني بشأن التقدير الموجه للأسرة لا يؤثر على أهلية طفلي لتلقي خدمات التدخل المبكر (EI). وأفهم أن موافقتي طوعية ويمكن سحبها في أي وقت.

أوافق على تقييم نمو طفلي تقدير نمو طفلي التقدير الموجه للأسرة.

(الأحرف الأولى)

(الأحرف الأولى)

(الأحرف الأولى)

التاريخ

توقيع ولي الأمر (أولياء الأمور)

اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

رقم ETID	اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)	تاريخ ميلاد الطفل	اسم الطفل	تاريخ اليوم
----------	-------------------------------	-------------------	-----------	-------------

إخطار كتابي مسبق بشأن قرار الأهلية

تاريخ قرار الأهلية	العمر المعدل (إن وجد)	عمر الطفل	سبب (أسباب) الإحالة
--------------------	-----------------------	-----------	---------------------

حالة الأهلية

طفلك مؤهل للحصول على برنامج التدخل المبكر (EI) بولاية Ohio (Ohio Early Intervention) بسبب تشخيص إصابته بحالة بدنية أو نفسية يوجد احتمال كبير أن ينتج عنها تأخر النمو. *

تشخيص الحالة:

الوثائق المستخدمة لتأكيد التشخيص:

(* إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على برنامج التدخل المبكر (EI) بسبب حالة تم تشخيصها، فلن يتم إكمال بقية هذه الصفحة والصفحة 2)

طفلك مؤهل للحصول على برنامج التدخل المبكر (EI) بولاية Ohio بسبب تأخر في النمو، وفقاً لما حدده فريق تقييم التدخل المبكر (EI)، عبر **

الدرجات على أداة التقييم أو الرأي السريري المستنير، في المجال (المجالات) التالي:

- التواصل التعبيري المهارات الاجتماعية/العاطفية مهارات الحركة الدقيقة المهارات التكيفية
- التواصل الاستقبالي المهارات المعرفية مهارات الحركة الكبرى

طفلك غير مؤهل لبرنامج التدخل المبكر (EI) بولاية Ohio. تم تقييم طفلك من قبل فريق متعدد التخصصات ولم يظهر طفلك أي تأخر في النمو استناداً إلى درجات التقييم والرأي السريري لفريقك. **

تاريخ الإكمال

الطرق المستخدمة لتحديد حالة الأهلية

(** تستكمل فقط إذا كان الطفل مؤهلاً بسبب تأخر النمو أو غير مؤهل)

- مراجعة تاريخ الطفل من خلال السجلات الطبية/التعليمية/سجلات أخرى
- مراجعة تاريخ الطفل من خلال مقابلة ولي الأمر/الأسرة
- الملاحظات
- أداة التقييم

مقاييس Bayley لنمو الرضع والأطفال الصغار

قوائم Battelle Developmental Inventory

• القائمة المرجعية للسمع

• القائمة المرجعية للإبصار

• غير ذلك (اختياري):



ملخص نتائج التقييم

أعضاء فريق التقييم متعدد التخصصات

التخصص:		اسم المقيم:
<input type="checkbox"/> اختصاصي النمو <input type="checkbox"/> معلم الروضة/التعليم الأساسي <input type="checkbox"/> أخصائي اجتماعي <input type="checkbox"/> اختصاصي الإبصار <input type="checkbox"/> اختصاصي السمع <input type="checkbox"/> اختصاصي التخاطب واللغة <input type="checkbox"/> اختصاصي العلاج الوظيفي <input type="checkbox"/> اختصاصي العلاج الطبيعي <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	<input type="checkbox"/> اختصاصي النمو <input type="checkbox"/> معلم الروضة/التعليم الأساسي <input type="checkbox"/> أخصائي اجتماعي <input type="checkbox"/> اختصاصي الإبصار <input type="checkbox"/> اختصاصي السمع <input type="checkbox"/> اختصاصي التخاطب واللغة <input type="checkbox"/> اختصاصي العلاج الوظيفي <input type="checkbox"/> اختصاصي العلاج الطبيعي <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	رقم الهاتف: البريد الإلكتروني:
<input type="checkbox"/> اختصاصي النمو <input type="checkbox"/> معلم الروضة/التعليم الأساسي <input type="checkbox"/> أخصائي اجتماعي <input type="checkbox"/> اختصاصي الإبصار <input type="checkbox"/> اختصاصي السمع <input type="checkbox"/> اختصاصي التخاطب واللغة <input type="checkbox"/> اختصاصي العلاج الوظيفي <input type="checkbox"/> اختصاصي العلاج الطبيعي <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	<input type="checkbox"/> اختصاصي النمو <input type="checkbox"/> معلم الروضة/التعليم الأساسي <input type="checkbox"/> أخصائي اجتماعي <input type="checkbox"/> اختصاصي الإبصار <input type="checkbox"/> اختصاصي السمع <input type="checkbox"/> اختصاصي التخاطب واللغة <input type="checkbox"/> اختصاصي العلاج الوظيفي <input type="checkbox"/> اختصاصي العلاج الطبيعي <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	رقم الهاتف: البريد الإلكتروني:
<input type="checkbox"/> اختصاصي النمو <input type="checkbox"/> معلم الروضة/التعليم الأساسي <input type="checkbox"/> أخصائي اجتماعي <input type="checkbox"/> اختصاصي الإبصار <input type="checkbox"/> اختصاصي السمع <input type="checkbox"/> اختصاصي التخاطب واللغة <input type="checkbox"/> اختصاصي العلاج الوظيفي <input type="checkbox"/> اختصاصي العلاج الطبيعي <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	<input type="checkbox"/> اختصاصي النمو <input type="checkbox"/> معلم الروضة/التعليم الأساسي <input type="checkbox"/> أخصائي اجتماعي <input type="checkbox"/> اختصاصي الإبصار <input type="checkbox"/> اختصاصي السمع <input type="checkbox"/> اختصاصي التخاطب واللغة <input type="checkbox"/> اختصاصي العلاج الوظيفي <input type="checkbox"/> اختصاصي العلاج الطبيعي <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	رقم الهاتف: البريد الإلكتروني:

إذا كان طفلك مؤهلاً لبرنامج التدخل المبكر بولاية Ohio:

يقترح برنامج التدخل المبكر (EI) بولاية Ohio العمل معك لوضع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)، ويشمل ذلك "النتائج" (أو الأهداف) وخدمات التدخل المبكر اللازمة لتحقيق هذه النتائج. عندما يقرر برنامج التدخل المبكر (EI) بولاية Ohio أن طفلك مؤهل، يجب أن تتلقى إخطارًا كتابيًا مسبقًا قبل عشرة أيام تقويمية على الأقل من بدء أو تغيير خدمة التدخل المبكر (EI)، التي ستضاف إلى خطة عائلتك خلال اجتماع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP). إذا رغبت في ذلك، فبإمكانك التنازل عن حقك في تلقي إخطار قبل عشرة أيام تقويمية من بدء خدمة التدخل المبكر (EI) في القسم 6 من خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP).

سيعمل معك منسق خدمات التدخل المبكر لتحديد موعد اجتماع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP).

عنوان البريد الإلكتروني

رقم الهاتف

اسم منسق الخدمات

إذا كان طفلك غير مؤهل لبرنامج التدخل المبكر بولاية Ohio:

هذا يعني أن طفلك يظهر حاليًا مهارات وسلوكيات مشابهة للأطفال في نفس العمر.

تقترح إدارة التدخل المبكر (EI) بولاية Ohio إخراج طفلك من نظام التدخل المبكر (EI) في موعد لا يتجاوز 10 أيام من تاريخ هذا الإخطار. في المربعات أدناه، قدم فريق التقييم توصيات لتعزيز نمو طفلك والدعم المجتمعي المحتمل والموارد التي قد تعود بالنفع على أسرتك.

بصفتك ولي أمر، لديك خيارات متاحة لتسوية النزاعات. ولقد تم إرفاق نسخة من كتيب حقوق ولي أمر في برنامج التدخل المبكر (EI). يُرجى الاتصال بمنسق خدمات التدخل المبكر (EI) إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذه النتائج أو كنت لا توافق عليها. يمكنك أيضًا الاتصال بمنسق الخدمات إذا كانت لديك مخاوف جديدة بشأن نمو طفلك قبل سن الثالثة.

عنوان البريد الإلكتروني

رقم الهاتف

اسم منسق الخدمات

وسائل الدعم المجتمعية والموارد التي قد تهتمك:

أفكار واقتراحات لتعزيز نمو طفلك:



نموذج EI-04 خطة خدمات الأسرة الفردية (Individualized) (Family Service Plan (IFSP))

رقم ETID	دورية <input type="checkbox"/>	دورية <input type="checkbox"/>	أولية <input type="checkbox"/>	نوع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) وتاريخها
	مؤتمر تخطيط الانتقال (TPC) <input type="checkbox"/>	دورية <input type="checkbox"/>	سنوية <input type="checkbox"/>	

القسم 1: معلومات حول الطفل والأسرة

تاريخ الميلاد	اللقب	الاسم الأخير	الاسم الأول للطفل
منطقة الطالب التعليمية التابع لها محل الإقامة	عرق الطفل أو أصله العرقي	هل هناك حاجة إلى مترجم فوري؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	اللغات التي يتم التحدث بها مع الطفل
مع من يعيش الطفل؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	العنوان	الهاتف: الجوال (ج)؛ المنزل (م)؛ العمل (ع)	صلة القرابة بالطفل إن لم يكن والدًا بيولوجيًا أو بالتبني
أوقات الاتصال المفضلة	طريقة الاتصال المفضلة المكالمات الهاتفية <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> الرسائل النصية <input type="checkbox"/>	عنوان البريد الإلكتروني	اسم ولي الأمر
مع من يعيش الطفل؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	العنوان	الهاتف: الجوال (ج)؛ المنزل (م)؛ العمل (ع)	صلة القرابة بالطفل إن لم يكن والدًا بيولوجيًا أو بالتبني
أوقات الاتصال المفضلة	طريقة الاتصال المفضلة المكالمات الهاتفية <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> الرسائل النصية <input type="checkbox"/>	عنوان البريد الإلكتروني	اسم ولي الأمر

معلومات مهمة أخرى حول الأسرة (أي شيء تريد أن يعرفه فريقك عن ثقافة أسرتك أو معتقداتهم الروحية أو تربيته معيشتهم)

القسم 2: معلومات حول منسق خدمات التدخل المبكر (EI)

يعمل منسق خدمات التدخل المبكر (EI) بمثابة نقطة الاتصال الوحيدة لتنفيذ الأنشطة التالية أثناء مشاركتك في برنامج التدخل المبكر (EI). ويشمل هذا:

- شرح وضمان حقوقك فيما يتعلق ببرنامج التدخل المبكر (EI)،
- تنسيق أهلية طفلك الأولية
- تنسيق اجتماعات خطة خدمات الأسرة الفردية (Individualized Family Service Plan (IFSP)) ضمن الجداول الزمنية المطلوبة، بما في ذلك الاجتماعات التي طلبتها أنت،
- مساعدة فريق خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) في وضع نتائج عملية تعكس اهتماماتك وأولوياتك
- مساعدتك في تحديد خدمات التدخل المبكر (EI) اللازمة والحصول عليها وتمويلها ومراقبتها
- مساعدتك في تحديد وسائل الدعم والموارد الأخرى التي تحتاجها وتريدها وكذلك في الوصول إليها
- تسهيل وضع خطة انتقالية قبل سن الثالثة

البريد الإلكتروني	الهاتف	اسم منسق خدمات التدخل المبكر
اسم المشرف ومعلومات الاتصال		اسم الوكالة

القسم 3: تقييم الطفل والأسرة

تاريخ انتهاء:

التقييم الموجه للأسرة

تقييم الطفل

أثناء تقييمات طفلك وأسرتك، جمع فريق التقييم المعلومات من مجموعة متنوعة من المصادر. يتم تلخيص هذه المعلومات في الصفحات التالية وستكون الأساس لوضع النتائج وتحديد الاستراتيجيات والأنشطة اللازمة لتلبية احتياجات طفلك وأسرتك.

تاريخ الانتهاء

يجب أن تكون أنشطة تقييم الطفل التالية قد تم إجراؤها أو مراجعتها

- مراجعة وثائق الأهلية
- مراجعة تاريخ الطفل من خلال السجلات الطبية/التعليمية/السجلات الأخرى
- مراجعة تاريخ الطفل من خلال مقابلة ولي الأمر/الأسرة
- جمع المعلومات من مقدمي الرعاية و/أو أفراد الأسرة و/أو غيرهم لفهم النطاق الكامل لنقاط قوة الطفل واحتياجاته الفريدة
- تحديد مستوى أداء الطفل في الأعمال الروتينية والأنشطة اليومية لأسرتك
- قائمة المراجعة الخاصة بالسمع
- قائمة المراجعة الخاصة بالرؤية
- غير ذلك (اختياري):

ملخص التاريخ الطبي للطفل

هذا ملخص للمعلومات ذات الصلة التي تم الحصول عليها من خلال مقابلة الوالدين والسجلات الطبية أو التعليمية أو غيرها، بما في ذلك تاريخ الولادة وعمر الحمل والحالات أو التشخيصات الطبية والأمراض وحالات العلاج بالمستشفى والأدوية وحالة/فحوصات الرؤية والسمع واحتياجات الإطعام/التغذية وغيرها من المعلومات التنموية.

ملخص الأنشطة اليومية والأعمال الروتينية

أسهل أو أمتع أوقات اليوم مع طفلك

النشاط/الروتين	من المشارك؟	ما الذي يجعل النشاط/الروتين يسير بشكل جيد؟

أكثر أوقات اليوم صعوبة أو إحباطًا مع طفلك

النشاط/الروتين	من المشارك؟	ما الذي يجعل النشاط/الروتين صعبًا؟

ملخص نمو طفلك

يُنمي الأطفال مهاراتهم في ثلاثة مجالات وظيفية، تُعرف باسم النتائج الثلاثة للطفل: (1) تطوير المهارات الاجتماعية والعاطفية الإيجابية؛ و(2) اكتساب المعرفة والمهارات واستخدامها و(3) اتخاذ الإجراءات المناسبة لتلبية احتياجاتهم. قام فريقك بتجميع المعلومات من خلال الملاحظة والمقابلات مع الأسرة ومراجعة سجلات طفلك والمعلومات التي شاركها حول مشاركة طفلك في الأنشطة والأعمال الروتينية الأسرية. حيث تمثل هذه الملخصات لمستويات نمو طفلك الحالية نقاط القوة والاحتياجات الفردية لطفلك مقارنةً بأقرانه من نفس العمر. يوفر هذا الرابط مزيداً من المعلومات حول توزيع المهارات الوظيفية لكل نتيجة من [النتائج الثلاثة للطفل](#).

تطوير المهارات الاجتماعية العاطفية الإيجابية

هذا ملخص لكيفية تفاعل طفلك ولعبه مع الأسرة والبالغين والأطفال الآخرين. وهذا يشمل كيفية (1) إظهار المودة لأفراد الأسرة، (2) فهم واستخدام اسمه وأسماء الآخرين، (3) التواصل من خلال تحيات التحيبة والوداع، (4) اللعب مع البالغين والأقران المألوفين وغير المألوفين، (5) التعبير عن ملكية الألعاب ومشاركتها مع الآخرين، (6) إظهار مشاعره وهدوئه عند الانزعاج والغضب، (7) المشاركة في القواعد والألعاب الاجتماعية، مثل لعب الغميضة، وغناء الأغاني، والرقص، واللعب التخيلي، وتبادل الأدوار.

بالنسبة لخطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) السنوية وعند الانتهاء - هل أظهر طفلك أي مهارات أو سلوكيات جديدة مرتبطة بتنمية مهارات اجتماعية وعاطفية إيجابية منذ آخر تقييم لملخص نتائج الطفل؟

نعم لا

بيان تقييم ملخص نتائج الطفل (COS) - مقارنةً بأقرانه من نفس العمر، إن طفلك:

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | يستخدم المهارات المتوقعة من طفل أصغر سناً بكثير في هذا المجال. | <input type="checkbox"/> | يستخدم أحياناً المهارات المتوقعة وفقاً لعمره. يكون لديهم مهارات أكثر من الأطفال الأصغر سناً في هذا المجال. |
| <input type="checkbox"/> | يستخدم بعض المهارات المبكرة الضرورية لتنمية المهارات المتوقعة وفقاً لعمره. لم يستخدموا بعد المهارات المتوقعة وفقاً لعمرهم في هذا المجال. | <input type="checkbox"/> | يستخدم العديد من المهارات المتوقعة وفقاً لعمره. لديهم بعض المهارات التي لدى الأطفال الأصغر سناً في هذا المجال. |
| <input type="checkbox"/> | يستخدم العديد من المهارات المبكرة الضرورية لتنمية المهارات المتوقعة وفقاً لعمره. لم يستخدموا بعد المهارات المتوقعة وفقاً لعمرهم في هذا المجال. | <input type="checkbox"/> | يستخدم المهارات التي نتوقعها في هذا المجال. إلا أن هناك احتمالاً للقلق. |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | يستخدم جميع المهارات التي نتوقعها في هذا المجال. |

اكتساب واستخدام المعرفة والمهارات

هذا ملخص لكيفية لعب طفلك وتعلمه لأشياء جديدة والتعبير عما يعرفه للآخرين. يتضمن ذلك كيفية (1) مراقبة الآخرين والتعلم منهم، (2) حل المشكلات، (3) تحليل المعلومات الجديدة، (4) الانخراط في اللعب الهادف، (5) "قراءة" الكتب، (6) فهم التوجيهات، (7) استخدام الإيماءات أو الكلمات أو الإشارات لإخبار الآخرين عن العالم والإجابة على الأسئلة.

بالنسبة لخطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) السنوية وعند الانتهاء- هل أظهر طفلك أي مهارات أو سلوكيات جديدة مرتبطة باكتساب المعرفة والمهارات واستخدامها منذ آخر تقييم لملخص نتائج الطفل؟

نعم لا

- بيان تقييم ملخص نتائج الطفل (COS) - مقارنةً بأقرانه من نفس العمر، إن :**
- طفلك يستخدم المهارات المتوقعة من طفل أصغر سنًا بكثير في هذا المجال.
- يستخدم أحيانًا المهارات المتوقعة وفقًا لعمره. يكون لديهم مهارات أكثر من الأطفال الأصغر سنًا في هذا المجال.
- يستخدم بعض المهارات المبكرة الضرورية لتنمية المهارات المتوقعة وفقًا لعمره. لم يستخدموا بعد المهارات المتوقعة وفقًا لعمرهم في هذا المجال.
- يستخدم العديد من المهارات المبكرة الضرورية لتنمية المهارات المتوقعة وفقًا لعمره. لم يستخدموا بعد المهارات المتوقعة وفقًا لعمرهم في هذا المجال.
- يستخدم المهارات التي نتوقعها في هذا المجال. إلا أن هناك احتمالاً للقلق.
- يستخدم جميع المهارات التي نتوقعها في هذا المجال.

استخدام الإجراء المناسب لتلبية الاحتياجات

هذا ملخص لكيفية تحرك طفلك بشكل هادف، وكيفية الاعتناء بنفسه، وتواصله للتعبير عما يريد ويحتاج. يتضمن ذلك كيفية (1) الانتقال من مكان إلى آخر، (2) تناول الطعام والشرب، (3) المشاركة في ارتداء الملابس وخلعها، (4) النوم أثناء القيلولة وطوال الليل، (5) المشاركة في الاستحمام وتغيير الحفاضات واستخدام المراحيض، (6) اتباع التوجيهات المتعلقة بالسلامة، (7) نقل الرغبات والاحتياجات للآخرين.

بالنسبة لخطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) السنوية وعند الانتهاء- هل أظهر طفلك أي مهارات أو سلوكيات جديدة تتعلق باستخدام الإجراء المناسب لتلبية الاحتياجات منذ آخر تقييم لملخص نتائج الطفل؟ نعم لا

بيان تقييم ملخص نتائج الطفل (COS) - مقارنة بأقرانه من نفس العمر، إن :

- طفلك يستخدم المهارات المتوقعة من طفل أصغر سنًا بكثير في هذا المجال.
- يستخدم بعض المهارات المتوقعة من طفل أصغر سنًا في هذا المجال.
- يستخدم العديد من المهارات المتوقعة وفقًا لعمره. لم يستخدموا بعد المهارات المتوقعة وفقًا لعمرهم في هذا المجال.
- يستخدم العديد من المهارات المتوقعة وفقًا لعمره. لم يستخدموا بعد المهارات المتوقعة وفقًا لعمرهم في هذا المجال.
- يستخدم المهارات التي نتوقعها في هذا المجال. إلا أن هناك احتمالاً للقلق.
- يستخدم جميع المهارات التي نتوقعها في هذا المجال.

ملخص التقدير الموجه للأسرة (FDA) ((Family-Directed Assessment))

تم إجراء التقدير الموجه
للأسرة (FDA) بواسطة:

مخاوف الأسرة

هذا ملخص حول المخاوف، أو الصعوبات، أو التحديات التي يواجهها طفلك/أسرتك خلال الأعمال الروتينية والأنشطة اليومية والتي قد يكون من المفيد معالجتها من قبل فريق التدخل المبكر (EI):

موارد الأسرة

هذا ملخص للموارد التي يمتلكها طفلك/أسرتك للدعم، بما في ذلك الأشخاص أو الأنشطة أو البرامج أو المنظمات، بالإضافة إلى الموارد التي لا تملكها حاليًا ولكنك ترغب فيها أو يمكنك الاستفادة منها.

أولويات الأسرة

هذا ملخص للمهارات والأنشطة و/أو الموارد المحددة التي ترغب في أن يكتسبها طفلك و/أو أسرتك نتيجةً لخدمات التدخل المبكر.

القسم 4: نتائج طفلك وأسرتك

يحدد هذا القسم نتيجة الطفل أو الأسرة بناءً على ما تريد تحقيقه، بالإضافة إلى خطوات تحقيق النتيجة المرجوة. تستند النتيجة إلى المعلومات التي شاركتها حول الحياة اليومية لأسرتك أثناء تقييم (تقييمات) الطفل والأسرة. يجب كتابة كل نتيجة من نتائج خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) بكلمات يسهل على الجميع فهمها ومع إدراج تفاصيل كافية حتى يعرف الفريق بأكمله متى يتم إنجازها. يجب أن تستند النتائج إلى ما ترغب في رؤيته يحدث ضمن أنشطة أسرتك نتيجة لوسائل دعم وخدمات برنامج التدخل المبكر (EI).

رقم النتيجة:	تتناول نتيجة الطفل هذه:	بناء علاقات اجتماعية إيجابية	اكتساب واستخدام مهارات ومعارف جديدة	اتخاذ إجراءات لتلبية الاحتياجات الذاتية	تتناول نتيجة الأسرة هذه:	رفاهية الأسرة أو مشاركة الأسرة أو المعلومات
تاريخ إضافة النتيجة:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

النتيجة:

ما الذي يحدث الآن فيما يتعلق بهذه النتيجة؟

الإستراتيجيات: ما الخطوات والأنشطة، بما في ذلك من وفي أي وقت، التي ستساعدنا في تحقيق نتائج خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)؟

وسائل الدعم المتاحة لدينا حالياً لمساعدتنا في تحقيق هذه النتيجة (الرسمية والطبيعية، بما في ذلك، الخدمات التي لا يقدمها برنامج التدخل المبكر (EI)).

مراجعة هذه النتيجة: يجب أن يتم إجراء مراجعة خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) كل ستة أشهر على الأقل، ولكن قد يتم إجراؤها في وقت أقرب. يمكنك طلب إجراء مراجعة خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) في أي وقت.

نتيجة المراجعة:

تاريخ المراجعة:

 النتيجة لم تعد أولوية مراجعة النتيجة استمرار النتيجة تحقيق النتيجة

مشكلات أو أحداث جديدة تؤثر على هذه النتيجة:

التقدم المحرز نحو تحقيق هذه النتيجة:

الإستراتيجيات المحدثة:

القسم 4: نتائج طفلك وأسرتك

يحدد هذا القسم نتيجة الطفل أو الأسرة بناءً على ما تريد تحقيقه، بالإضافة إلى خطوات تحقيق النتيجة المرجوة. تستند النتيجة إلى المعلومات التي شاركتها حول الحياة اليومية لأسرتك أثناء تقييم (تقييمات) الطفل والأسرة. يجب كتابة كل نتيجة من نتائج خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) بكلمات يسهل على الجميع فهمها ومع إدراج تفاصيل كافية حتى يعرف الفريق بأكمله متى يتم إنجازها. يجب أن تستند النتائج إلى ما ترغب في رؤيته يحدث ضمن أنشطة أسرتك نتيجة لوسائل دعم وخدمات برنامج التدخل المبكر (EI).

رقم النتيجة:	تتناول نتيجة الطفل هذه:	بناء علاقات اجتماعية إيجابية	اكتساب واستخدام مهارات ومعارف جديدة	اتخاذ إجراءات لتلبية الاحتياجات الذاتية	تتناول نتيجة الأسرة هذه:	رفاهية الأسرة أو مشاركة الأسرة أو المعلومات
تاريخ إضافة النتيجة:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

النتيجة:

ما الذي يحدث الآن فيما يتعلق بهذه النتيجة؟

الإستراتيجيات: ما الخطوات والأنشطة، بما في ذلك من وفي أي وقت، التي ستساعدنا في تحقيق نتائج خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)؟

وسائل الدعم المتاحة لدينا حالياً لمساعدتنا في تحقيق هذه النتيجة (الرسمية والطبيعية، بما في ذلك، الخدمات التي لا يقدمها برنامج التدخل المبكر (EI)).

مراجعة هذه النتيجة: يجب أن يتم إجراء مراجعة خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) كل ستة أشهر على الأقل، ولكن قد يتم إجراؤها في وقت أقرب. يمكنك طلب إجراء مراجعة خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) في أي وقت.

نتيجة المراجعة:

تاريخ المراجعة:

 النتيجة لم تعد أولوية مراجعة النتيجة استمرار النتيجة تحقيق النتيجة

مشكلات أو أحداث جديدة تؤثر على هذه النتيجة:

التقدم المحرز نحو تحقيق هذه النتيجة:

الإستراتيجيات المحدثة:

القسم 4: نتائج طفلك وأسرتك

يحدد هذا القسم نتيجة الطفل أو الأسرة بناءً على ما تريد تحقيقه، بالإضافة إلى خطوات تحقيق النتيجة المرجوة. تستند النتيجة إلى المعلومات التي شاركتها حول الحياة اليومية لأسرتك أثناء تقييم (تقييمات) الطفل والأسرة. يجب كتابة كل نتيجة من نتائج خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) بكلمات يسهل على الجميع فهمها ومع إدراج تفاصيل كافية حتى يعرف الفريق بأكمله متى يتم إنجازها. يجب أن تستند النتائج إلى ما ترغب في رؤيته يحدث ضمن أنشطة أسرتك نتيجة لوسائل دعم وخدمات برنامج التدخل المبكر (EI).

رقم النتيجة:	تتناول نتيجة الطفل هذه:	بناء علاقات اجتماعية إيجابية	اكتساب واستخدام مهارات ومعارف جديدة	اتخاذ إجراءات لتلبية الاحتياجات الذاتية	تتناول نتيجة الأسرة هذه:	رفاهية الأسرة أو مشاركة الأسرة أو المعلومات
تاريخ إضافة النتيجة:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

النتيجة:

ما الذي يحدث الآن فيما يتعلق بهذه النتيجة؟

الإستراتيجيات: ما الخطوات والأنشطة، بما في ذلك من وفي أي وقت، التي ستساعدنا في تحقيق نتائج خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)؟

وسائل الدعم المتاحة لدينا حالياً لمساعدتنا في تحقيق هذه النتيجة (الرسمية والطبيعية، بما في ذلك، الخدمات التي لا يقدمها برنامج التدخل المبكر (EI)).

مراجعة هذه النتيجة: يجب أن يتم إجراء مراجعة خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) كل ستة أشهر على الأقل، ولكن قد يتم إجراؤها في وقت أقرب. يمكنك طلب إجراء مراجعة خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) في أي وقت.

نتيجة المراجعة:

تاريخ المراجعة:

 النتيجة لم تعد أولوية مراجعة النتيجة استمرار النتيجة تحقيق النتيجة

مشكلات أو أحداث جديدة تؤثر على هذه النتيجة:

التقدم المحرز نحو تحقيق هذه النتيجة:

الإستراتيجيات المحدثة:

القسم 5: خطة انتقال الطفل والأسرة

تنتهي وسائل الدعم والخدمات المقدمة من برنامج التدخل المبكر عندما يبلغ الطفل سن الثالثة. يُعد هذا القسم بمثابة خطة الانتقال الخاصة بك، حيث يحدد احتياجات الطفل والأسرة في المرحلة الانتقالية والخطوات والأنشطة اللازمة لجعل هذا الانتقال من برنامج التدخل المبكر (EI) سلساً قدر الإمكان. سيعمل فريقك معك لوضع خطة وسيساعدك على تحديد وسائل الدعم أو الخدمات المجتمعية المحتملة التي قد تعود بالنفع على طفلك وأسرتك.

سيتم وضع خطتك قبل عيد ميلاد طفلك الثالث بفترة تتراوح بين 9 أشهر () و90 يوماً ()

التاريخ

التاريخ

إذا تم إحالة طفلك إلى برنامج التدخل المبكر (EI) خلال 90 يوماً من عيد ميلاده الثالث، فسيتم وضع خطة انتقالك في اجتماع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) الأولي.

وستشمل عملية التخطيط ما يلي:

- مناقشة معك حول احتياجات طفلك وأسرتك المستقبلية، والخدمات وعمليات الإلحاق المحتملة في المستقبل، والتفاصيل التي قد تحتاجها عن خيارات تلك الخدمات.
- إجراءات لإعداد طفلك للتغيرات في تقديم الخدمة، بما في ذلك خطوات لمساعدة طفلك على التكيف والعمل في بيئة جديدة. قد يشمل ذلك أي شيء بدءاً من تعلم كيفية ركوب الحافلة المدرسية، وحتى الانفصال عن أفراد الأسرة، والحصول على جهاز اتصال أو أي جهاز تكنولوجيا مساعدة آخر واستخدامه في بيئة جديدة.
- تحديد خطوات وأنشطة الانتقال وأي خطوات يقرر فريق خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) أنها ضرورية لدعم عملية الانتقال.
- بموافقتك (على نموذج EI-07 الموافقة على عقد مؤتمر تخطيط الانتقال)، سيتم عقد مؤتمر تخطيط انتقال (TPC) مع أي مقدمي خدمات مجتمعية قمت بتحديدكم كموارد محتملة.

على الرغم من أنه قد تمت مشاركة اسم طفلك وتاريخ ميلاده ومعلومات الاتصال الخاصة بك بالفعل مع منطقتك التعليمية، فإن مؤتمر تخطيط الانتقال (TPC) هو الوقت المناسب لك لمشاركة المعلومات الإضافية وتعلمها. إذا كان طفلك قد يكون مؤهلاً للحصول على خدمات التعليم الخاص في مرحلة ما قبل المدرسة في سن الثالثة، فستتضمن عملية التخطيط هذه أيضاً محادثات معك حول دور المنطقة التعليمية وعملية الحصول على موافقتك على مشاركة نسخ من أحدث التقييمات والتقديرات وخطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) مع المنطقة التعليمية، ودعوة ممثل المنطقة التعليمية لحضور مؤتمر تخطيط الانتقال.

تاريخ وضع نتيجة الانتقال مع الخطوات والخدمات:

الموارد وعمليات الإلحاق والخدمات المستقبلية المحتملة:

رقم النتيجة:

نتيجة انتقال الطفل: ما الذي سيحتاجه طفلك لتحقيق انتقال سلس؟

ما هي الخطوات والأنشطة، بما في ذلك من وفي أي وقت، التي ستساعدنا في تحقيق هذه النتيجة؟

تتناول نتيجة الانتقال هذه ما يلي:

- بناء علاقات اجتماعية إيجابية اكتساب واستخدام مهارات ومعارف جديدة اتخاذ إجراءات لتلبية الاحتياجات الذاتية

رقم النتيجة:

نتائج انتقال العائلة: ما الذي ستحتاج إليه لدعم طفلك في هذا الانتقال؟

ما هي الخطوات والأنشطة، بما في ذلك من وفي أي وقت، التي ستساعدنا في تحقيق هذه النتيجة؟

مراجعة نتيجة (نتائج) الانتقال: يجب أن يتم إجراء مراجعة خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) كل ستة أشهر على الأقل، ولكن قد يتم إجراؤها في وقت أقرب. يمكنك طلب إجراء مراجعة خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) في أي وقت.

نتيجة مراجعة نتائج انتقال الطفل:

تحقيق النتيجة استمرار النتيجة مراجعة النتيجة النتيجة لم تعد أولوية

نتيجة مراجعة نتائج انتقال الأسرة:

تحقيق النتيجة استمرار النتيجة مراجعة النتيجة النتيجة لم تعد أولوية

مشكلات أو أحداث جديدة تؤثر على هذه النتائج:

التقدم المحرز نحو تحقيق هذه النتائج:

الاستراتيجيات والخطوات والأنشطة المحدثة:

تاريخ المراجعة:

القسم 6: خدمات التدخل المبكر

قد يتم تقديم خدمات التدخل المبكر من قبل مقدم خدمة أساسي (PSP) أو مقدم خدمة ثانوي (SSP). يقوم مقدم الخدمة الأساسي بمساعدة/خدمة الأسرة بشكل مباشر في جميع الزيارات لدعم النتائج وتعزيز تعلم الطفل ونموه. بينما يقوم مقدمي الخدمة الثانويين بدعم مقدم الخدمة الأساسي والأسرة بشكل دوري في تحقيق نتائج خطة خدمات الأسرة الفردية من خلال الزيارات المشتركة. حيث تجرى الزيارات المشتركة كلما لزم الأمر بناءً على احتياجات مقدم الخدمة الأساسي والأسرة. بالإضافة إلى مقدم الخدمات الخاص بك، يمكنك دائماً الوصول إلى فريق كامل من مقدمي خدمات التدخل المبكر المتاحين لدعم أسرتك.

باستخدام جميع المعلومات المتاحة، حدد فريق خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) خدمات التدخل المبكر التالية لدعم نتائجنا:

تاريخ خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP):

رقم (أرقام) النتيجة	تاريخ الانتهاء المتوقع	تاريخ البدء المتوقع*	مصدر التمويل	وكالة تقديم الخدمة	مدة الجلسة	معدل التكرار	المكان	الطريقة	نوع خدمة التدخل المبكر
		<input type="checkbox"/> خدمة جديدة							PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> خدمة جديدة							PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> خدمة جديدة							PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> خدمة جديدة							PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> خدمة جديدة							PSP <input type="checkbox"/> SSP <input type="checkbox"/>

المكان: المنزل (م)؛ المجتمع (مج)؛ غير ذلك (أ)

الطريقة: شخصياً (ش)؛ باستخدام التكنولوجيا (ت)

*إذا كان من المتوقع حدوث أي خدمة جديدة أو متغيرة في غضون 10 أيام من اجتماع خطة خدمات الأسرة الفردية، راجع "التنازل عن الجدول الزمني" ضمن القسم 8 من خطة خدمات الأسرة الفردية.

شرح سبب عدم إمكانية تقديم أي خدمة (خدمات) لبرنامج التدخل المبكر (EI) في بيئة طبيعية:

الخطوات التي سيتخذها منسق خدمة التدخل المبكر والأسرة، بما في ذلك التاريخ المتوقع، لنقل الخدمة (الخدمات) إلى بيئة طبيعية:

خدمات التدخل المبكر المطلوبة، ولكن لم يتم تنسيقها بعد:

الخطوات التي سيتخذها منسق خدمة التدخل المبكر لتنسيق خدمة (خدمات) التدخل المبكر المطلوبة:

التاريخ المحدد لتلقي
الخدمات:

القسم 7: مشاركة الفريق

بالإضافة إلى مساهماتك القيمة في وضع خطة خدمات الأسرة الفردية، شارك الأفراد التالية أسماؤهم في تحديد الأهلية و/أو التقييم و/أو وضع خطة خدمات الأسرة الفردية:

اسم منسق خدمات التدخل المبكر:	
<p>رقم الهاتف:</p> <p>البريد الإلكتروني:</p> <p>الدور: <input type="checkbox"/> مُقِيم/مُعَدِّر <input type="checkbox"/> مقدم الخدمة</p>	<p>رقم الهاتف:</p> <p>البريد الإلكتروني:</p> <p>الدور: <input type="checkbox"/> مُقِيم/مُعَدِّر <input type="checkbox"/> مقدم الخدمة</p>
<p>الاسم:</p> <p>رقم الهاتف:</p> <p>البريد الإلكتروني:</p> <p>الدور: <input type="checkbox"/> مُقِيم/مُعَدِّر <input type="checkbox"/> مقدم الخدمة</p>	<p>الاسم:</p> <p>رقم الهاتف:</p> <p>البريد الإلكتروني:</p> <p>الدور: <input type="checkbox"/> مُقِيم/مُعَدِّر <input type="checkbox"/> مقدم الخدمة</p>
<p>الاسم:</p> <p>رقم الهاتف:</p> <p>البريد الإلكتروني:</p> <p>الدور: <input type="checkbox"/> مُقِيم/مُعَدِّر <input type="checkbox"/> مقدم الخدمة</p>	<p>الاسم:</p> <p>رقم الهاتف:</p> <p>البريد الإلكتروني:</p> <p>الدور: <input type="checkbox"/> مُقِيم/مُعَدِّر <input type="checkbox"/> مقدم الخدمة</p>
<p>الاسم:</p> <p>رقم الهاتف:</p> <p>البريد الإلكتروني:</p> <p>الدور: <input type="checkbox"/> مُقِيم/مُعَدِّر <input type="checkbox"/> مقدم الخدمة</p>	<p>الاسم:</p> <p>رقم الهاتف:</p> <p>البريد الإلكتروني:</p> <p>الدور: <input type="checkbox"/> مُقِيم/مُعَدِّر <input type="checkbox"/> مقدم الخدمة</p>

الدور/العلاقة بالأسرة

أسماء المشاركين الآخرين

القسم 8: إشعار كتابي مسبق وموافقة على خدمات التدخل المبكر

موافقة ولي الأمر

أوافق على تقديم خدمات التدخل المبكر الموضحة في خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) هذه. شاركت في وضع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) هذه وتم إطلاعي على جميع المعلومات المتعلقة بتقديم خدمات التدخل المبكر الموضحة في هذه الخطة وأفهمها بشكل كامل. لدي نسخة من كتيب حقوق ولي الأمر في برنامج التدخل المبكر في ولاية Ohio وأفهم حقوقي المتعلقة بمنح الموافقة. أدرك أن لدي خيارات لتسوية النزاعات في حالة وجود شكوى تتعلق بالتدخل المبكر.

أفهم أنه عندما يوصي أو يقترح أي مقدم خدمة للتدخل المبكر في ولاية Ohio البدء (الشروع) في أو تغيير خدمات التدخل المبكر التي سيتم تقديمها لأسرتي وطفلي، يجب أن أتلقى إشعارًا كتابيًا مسبقًا قبل عشرة أيام تقويمية على الأقل من بدء أو تغيير تلك الخدمة. أدرك أن خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) هذه تُشكل إشعارًا كتابيًا مسبقًا بشأن خدمات التدخل المبكر المقترحة وأن تفاصيل البدء أو التغيير المقترح للخدمات موضحة في القسم 6 من الخطة. لا حاجة إلى إشعار كتابي مسبق إضافي لخدمة تم اقتراح إنهاءها باستخدام نموذج EI-11 قبل اجتماع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) هذا.

التنازل عن الجدول الزمني (اختياري)

أفهم وأوافق على التنازل عن حقي في تلقي إشعار كتابي قبل عشرة (10) أيام تقويمية من تغيير أو بدء خدمة التدخل المبكر.

التاريخ

الأحرف الأولى من اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)

التاريخ

توقيع ولي الأمر

اسم ولي الأمر

التاريخ

توقيع ولي الأمر

اسم ولي الأمر

موافقة منسق خدمات التدخل المبكر (EI) ومقدم الخدمة

نقر بأن النتائج تعكس أولويات الأسرة واهتماماتها، وأن خدمات التدخل المبكر تدعم تلك النتائج. نوافق على تنفيذ خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) هذه بطريقة تدعم قدرة الأسرة على مساعدة أطفالهم على المشاركة في أنشطتهم اليومية والتعلم منها قدر الإمكان.

التاريخ

التوقيع

التخصص

الاسم

منسق خدمات التدخل
المبكر

تاريخ اليوم _____ اسم الطفل _____ تاريخ ميلاد الطفل _____ رقم ETID _____

الموافقة على استخدام التأمين لخدمات التدخل المبكر

استخدام التأمين الخاص

أوضح منسق الخدمات المتابع لي قاعدة "نظام المدفوعات" وأي تكاليف محتملة قد أتحمّلها عند استخدام تأميني الخاص لدفع تكاليف خدمات التدخل المبكر، مثل مبالغ المشاركة في الدفع، أو الخصومات، أو الأقساط، أو التكاليف طويلة الأجل، مثل فقد الإعانات بسبب الحد الأقصى لتغطية التأمين الصحي السنوية أو تغطية التأمين الصحي مدى الحياة في وثيقة التأمين. ولقد تلقيت إخطارًا كتابيًا بهذه التكاليف المحتملة وحقوقني. وأفهم أنه عندما أوافق على استخدام تأميني الخاص، فإن الولاية ستدفع مبالغ المشاركة في الدفع والخصومات لأول 100 وحدة من خدمات التدخل المبكر في عام خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) إذا تقرر أنني قادر على الدفع. وستدفع الولاية مبالغ المشاركة في الدفع والخصومات مقابل جميع وحدات خدمات التدخل المبكر إذا تقرر أنني غير قادر على الدفع.

ليس لدي تأمين خاص

نعم لا أوافق على إرسال فاتورة إلى تأميني الخاص بخدمات التدخل المبكر (EI)

رقم بوليصة التأمين الأساسي	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء
اسم شركة التأمين الصحي	اسم المؤمن عليه	
رقم بوليصة التأمين الثانوي	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء
اسم شركة التأمين الصحي	اسم المؤمن عليه	

اسم ولي الأمر (أولياء الأمور) _____ توقيع ولي الأمر (أولياء الأمور) _____ التاريخ _____

استخدام التأمين العام

أوضح منسق الخدمات المتابع لي قاعدة نظام مدفوعات خدمات التدخل المبكر. ولقد تلقيت إخطارًا كتابيًا بحقوقني وأفهم أنه لا توجد تكاليف محتملة لاستخدام إعانات Medicaid الخاصة بخدمات التدخل المبكر (EI).

أوافق على مشاركة معلومات التعريف الشخصية لطفلي (المعلومات المستخدمة لتحديد هوية طفلي) مع مقدم خدمات التدخل المبكر بخطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) ووكالة Medicaid التابعة للولاية لأغراض إصدار الفواتير.

نعم لا لا يمتلك طفلي تأمين Medicaid

متلقي خدمات Medicaid/رقم الفاتورة _____

اسم ولي الأمر (أولياء الأمور) _____ توقيع ولي الأمر (أولياء الأمور) _____ التاريخ _____



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

الموافقة على الإفصاح عن المعلومات أو تبادلها

يحق لك، بصفتك ولي الأمر، الوصول إلى أي جزء من سجل التدخل المبكر (EI) الخاص بطفلك. يُقصد بسجل التدخل المبكر (EI) جميع السجلات المتعلقة بطفلك والتي يتم جمعها أو الاحتفاظ بها أو استخدامها بموجب القانون الفيدرالي، الجزء C من Individuals with Disabilities Education Act (قانون تعليم الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة).

باستثناء اسم طفلك وتاريخ ميلاده ومعلومات الاتصال الخاصة بك التي تتم مشاركتها مع منطقتك التعليمية، لا يمكن مشاركة معلومات التدخل المبكر (EI) الخاصة بك مع أي شخص أو وكالة خارج نظام التدخل المبكر (EI) دون إذنك. وتجوز مشاركة المعلومات شفهيًا أو كتابيًا، بعد الحصول على إذن منك. يمكنك تحديد المعلومات التي تريد مشاركتها أو لا ترغب في مشاركتها. سيتم إصدار نسخة من هذا النموذج إلى الوكالة أو الشخص عندما تمنح الإذن بالإفصاح عن المعلومات أو تبادلها. موافقة ولي الأمر ليست مطلوبة لبعض الأسباب المحدودة. يرجى الرجوع إلى كتيب حقوق ولي الأمر للاطلاع على هذه الأسباب.

أمنح موافقتي لبرنامج التدخل المبكر بولاية Ohio (Ohio Early Intervention) للإفصاح عن

المعلومات أو تبادلها

مع الاسم و/أو الوكالة:

معلومات الاتصال (إن وجدت):

المعلومات التالية عن طفلي/عني:

نتائج تحديد الأهلية

خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)

سجل التدخل المبكر بأكمله

ملاحظات حالة التدخل المبكر (EI)

غير ذلك (يرجى التحديد)

باستخدام الطرق التالية:

السجلات الورقية

البريد الإلكتروني/الفاكس/التحميل الرقمي

شخصيًا

الهاتف/الرسائل النصية/الفيديو

الغرض من الإفصاح عن المعلومات أو تبادلها هو المساعدة في:

الانتقال من التدخل المبكر (EI) إلى مرحلة ما قبل المدرسة أو البرامج المجتمعية الأخرى

قرار الأهلية لبرنامج التدخل المبكر بولاية Ohio (Ohio EI)

خدمات الطفل والتقدم الذي يحرزه

تطوير خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)

غير ذلك (يرجى التحديد)

إذا كان ذلك ممكنًا، يُرجى وصف أي قيود في الإفصاح عن المعلومات أو تبادلها:

هذه الموافقة صالحة:

حتى عيد ميلاد طفلي الثالث في

من إلى

أبلغني منسق الخدمات المتابع لي أو مقدم خدمات التدخل المبكر (EI) بجميع المعلومات المتعلقة بالإفصاح عن المعلومات أو تبادلها وشرح الحقوق الممنوحة لي بصفتي ولي أمر، بما في ذلك حقني في منح الموافقة. لدى نسخة من كتيب حقوق ولي الأمر المتعلقة بالتدخل المبكر (EI) في ولاية Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials). وأفهم أن لدي خيارات لتسوية النزاعات إذا كانت لدي شكوى متعلقة بالتدخل المبكر (EI). وأفهم وأوافق على الإفصاح عن معلومات طفلي أو تبادلها. وأفهم أنه على الرغم من موافقتي على تبادل المعلومات، إلا أن وكالات التدخل غير المبكر الأخرى قد تطلب نماذج خاصة بها للإفصاح عن المعلومات.

التاريخ

توقيع ولي الأمر (أولياء الأمور)

اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)

إذا أكمل هذا النموذج شخص آخر غير منسق خدمات التدخل المبكر (EI)، يتعين على مقدم خدمات التدخل المبكر (EI) إرسال نسخة إلى منسق خدمات التدخل المبكر في غضون خمسة أيام تقويمية من الموافقة الموقعة.



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

موافقة لعقد اجتماع تخطيط الانتقال (TPC)

قبل أن يبلغ طفلك عامه الثالث (3) وتغادر برنامج التدخل المبكر، يكون عقد اجتماع تخطيط الانتقال مفيداً في التخطيط لكيفية مساعدتك في الانتقال من برنامج التدخل المبكر إلى الخدمات ووسائل الدعم التي قد يكون طفلك مؤهلاً للحصول عليها في سن الثالثة. ويجب أن يعقد هذا الاجتماع في غضون 90 يوماً على الأقل، ولكن قبل عيد ميلاد طفلك الثالث بفترة لا تقل عن 9 أشهر. وقيل تحديد موعد هذا الاجتماع، يمكن لك ولفريق التدخل المبكر (EI) تحديد الأشخاص الآخرين الذين تريد دعوتهم إلى هذا الاجتماع، بما في ذلك أي من مقدمي الخدمات المجتمعية.

أفهم وأوافق على تحديد موعد اجتماع تخطيط الانتقال (TPC).

لا أوافق على تحديد موعد اجتماع تخطيط الانتقال (TPC).

إذا كان طفلك مؤهلاً للحصول على خدمات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة، فستكون المنطقة التعليمية المحلية مسؤولة عن توفير هذه الخدمات. من المفيد دعوة ممثل المنطقة التعليمية الذي سيشرح لك عملية تحديد الأهلية للالتحاق بتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة استناداً إلى "الجزء B". ويمكن أيضاً دعوة مقدمي الخدمات المجتمعية الآخرين إلى هذا الاجتماع.

أوافق على دعوة ممثل المنطقة التعليمية إلى اجتماع تخطيط الانتقال (TPC)

لا أوافق على دعوة ممثل المنطقة التعليمية إلى اجتماع تخطيط الانتقال (TPC)

إذا كنت تعتقد، مع فريق التدخل المبكر (EI) المتابع لك، أن طفلك من المحتمل أن يكون غير مؤهل للحصول على خدمات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة أو كنت لا ترغب في دعوة منطقتك التعليمية، فيمكننا تحديد موعد اجتماع تخطيط الانتقال مع أي من مقدمي الخدمات المجتمعية الآخرين الذين حددت أنهم موارد محتملة.

اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)

توقيع ولي الأمر (أولياء الأمور)

التاريخ



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

الموافقة على إحالة الطفل إلى الوكالة التعليمية المحلية ووزارة التعليم والقوى العاملة في ولاية Ohio (Ohio Department of Education and Workforce (DEW))

تلقى برنامج التدخل المبكر (EI) بولاية Ohio مؤخرًا إحالة من أجل طفلك. ونظرًا لأن التدخل المبكر (EI) برنامج للأطفال الذين يعانون تأخرًا في النمو وإعاقات منذ الولادة وحتى سن الثالثة، فإنه يصعب على برنامج التدخل المبكر (EI) تحديد أهلية طفلك؛ لأنه على وشك إتمام عامه الثالث. ومع ذلك، إذا كنت تعتقد أن طفلك يعاني تأخرًا في النمو أو لديه إعاقة، فقد يكون طفلك مؤهلاً للحصول على خدمات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة بموجب الجزء B من قانون تعليم الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

يمكنك التواصل مع منطقتك التعليمية بنفسك لإجراء إحالة.

إذا رغبت في أن يتواصل برنامج التدخل المبكر (EI) مع منطقتك التعليمية لإجراء الإحالة، فإننا مطالبون بالحصول على موافقتك. وبالحصول على موافقتك، سنستخدم هذا النموذج لتقديم معلومات الاتصال الخاصة بك واسم طفلك وتاريخ ميلاده لمنطقتك التعليمية المسؤولة عن تعليم طفلك، ووزارة التعليم والقوى العاملة في ولاية Ohio (ODEW).

لقد تم اطلاعي بشكل كامل وأفهم أنه ستم مشاركة معلومات الاتصال الخاصة بي واسم طفلي مع كل من المنطقة التعليمية المحلية التي أتبعها وODEW. ولقد تلقيت نسخة من كتيب حقوق ولي الأمر المتعلقة ببرنامج التدخل المبكر بولاية Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials) مع هذا النموذج. وأفهم أن لدي خيارات لتسوية النزاعات إذا كان لدي شكوى متعلقة بالتدخل المبكر (EI). وأوافق على تقديم برنامج التدخل المبكر (EI) لاسم طفلي وتاريخ ميلاده ومعلومات الاتصال الخاصة بي إلى المنطقة التعليمية التي أتبعها وODEW.

اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)

توقيع ولي الأمر (أولياء الأمور)

التاريخ

عنوان شارع ولي الأمر

عنوان البريد الإلكتروني لولي الأمر

رقم هاتف ولي الأمر

المدينة، الولاية، الرمز البريدي لولي الأمر

*بعد الحصول على توقيع ولي الأمر، يجب إرسال هذا النموذج الموقع عبر البريد الإلكتروني إلى EI@childrenandyouth.ohio.gov لضمان اكتمال الإحالة.



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

رقم ETID	تاريخ ميلاد الطفل	اسم الطفل	تاريخ اليوم
			اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)

إخطار كتابي مُسبق بالخروج

يعتزم برنامج التدخل المبكر (EI) بولاية Ohio إنهاء خدمات التدخل المبكر (EI) بالنسبة لك ولطفلك. وسيحتفظ برنامج التدخل المبكر (EI) بولاية Ohio بنسخة من سجل طفلك حتى عيد ميلاد طفلك التاسع. ويحق لك مراجعة سجل طفلك أو طلبه. يعتزم برنامج التدخل المبكر بولاية Ohio إخراج طفلك من نظام التدخل المبكر (EI) في موعد لا يتجاوز 10 أيام من تاريخ هذا الإخطار للأسباب التالية:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> تم فحص طفلك ولا يوجد اشتباه في إصابته بتأخر في النمو أو إعاقة. يمكنك طلب إجراء تقييم في أي وقت من خلال التواصل مع منسق خدمات التدخل المبكر (EI) المتابع لك. | <input type="checkbox"/> تم تحقيق نتائج طفلك الواردة في خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)، وقرر الفريق أنه ليست هناك حاجة إلى نتائج إضافية في خطة IFSP. |
| <input type="checkbox"/> لم يكتمل التقييم أو التقدير المطلوب. | <input type="checkbox"/> أبلغتنا أنك لم تعد مهتمًا أو قادرًا على المشاركة في خدمات التدخل المبكر في الوقت الحالي. |
| <input type="checkbox"/> لا يستوفي طفلك متطلبات الأهلية للحصول على خدمات التدخل المبكر (EI). | <input type="checkbox"/> لم تتمكن من التواصل معك. يُرجى التواصل مع منسق خدمات التدخل المبكر (EI) المتابع لك في غضون عشرة أيام تقويمية من هذا الإخطار إذا كنت لا تزال مهتمًا بتلقي خدمات التدخل المبكر (EI). |
| <input type="checkbox"/> انتقل طفلك من ولاية Ohio. | <input type="checkbox"/> انتقل طفلك إلى خدمات الجزء B مع برنامج تعليم فردي (IEP) قبل بلوغه سن الثالثة. |

التاريخ المقترح للخروج:
ملاحظات:

بصفتك ولي أمر، تتوفر لديك خيارات لتسوية النزاعات. تم إرفاق نسخة من كتيب حقوق ولي الأمر المتعلقة ببرنامج التدخل المبكر (EI) (ohioearlyintervention.org/printed-materials). إذا كنت لا تزال مهتمًا بتلقي خدمات التدخل المبكر أو تعتقد أن سبب خروج طفلك غير واضح أو غير دقيق، فيرجى التواصل معي.

معلومات الاتصال بمنسق خدمات التدخل المبكر

اسم منسق خدمات التدخل المبكر

يمكنك متابعة نمو طفلك هنا - www.helpmegrow.org/ASQ. يمكنك الإحالة مرة أخرى في أي وقت

قبل أن يبلغ طفلك عامه الثالث عن طريق التواصل مع خدمة Central Intake على الرقم 1-800-755-4769

أو زيارة الموقع الإلكتروني www.ohioearlyintervention.org



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

رقم ETID	تاريخ ميلاد الطفل	اسم الطفل	تاريخ اليوم
			اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)

إخطار كتابي مسبق بالتغيير المقترح في الخدمات

تُحدد خدمات التدخل المبكر (EI) في ولاية Ohio من خلال عملية خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP). ويُقدم إخطار كتابي مسبق لهذه الخدمات من خلال نموذج خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) في اجتماع IFSP. ومع ذلك، عندما يقترح أي من مقدمي خدمة التدخل المبكر في ولاية Ohio إنهاء خدمة التدخل المبكر (EI) قبل اجتماع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)، يجب أن تتلقى هذا الإخطار الكتابي المسبق قبل عشرة أيام تقويمية على الأقل من إنهاء خدمة التدخل المبكر (EI) هذه. وسيتصل بك منسق الخدمات المتابع لك لتحديد موعد اجتماع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) لتحديد الخطوات التالية.

يعتزم برنامج التدخل المبكر بولاية Ohio إنهاء خدمة أو أكثر من خدمات التدخل المبكر (EI) لطفلك ولأسرتك. التفاصيل المتعلقة بالتغيير المقترح

السبب في التغيير المقترح

التاريخ المقترح لإجراء التغيير (لا يقل عن 10 أيام من تاريخ اليوم)

يُرجى التواصل معي في أقرب وقت ممكن إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الإجراء.

معلومات الاتصال بمقدم خدمات التدخل المبكر

اسم مقدم خدمات التدخل المبكر

بصفتك ولي أمر، تتوفر لديك خيارات لتسوية النزاعات. تم إرفاق نسخة من كتيب حقوق ولي الأمر المتعلقة ببرنامج التدخل المبكر في ولاية Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials). إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى التواصل مع منسق خدمات التدخل المبكر (EI):

معلومات الاتصال بمنسق خدمات التدخل المبكر

اسم منسق خدمات التدخل المبكر

في	(التاريخ)	(الاسم/الدور)
قام بتقديم نسخة من هذا الإخطار ونموذج الموافقة إلى ولي الأمر (أولياء الأمور)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
شخصيًا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عبر البريد الإلكتروني	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

إذا أكمل هذا النموذج شخص آخر غير منسق خدمات التدخل المبكر (EI)، يتعين على مقدم خدمات التدخل المبكر (EI) إرسال نسخة إلى منسق خدمات التدخل المبكر (EI) في غضون خمسة أيام تقويمية من تقديم الإخطار إلى ولي الأمر.

التنازل عن الجدول الزمني (اختياري)
أفهم وأوافق على التنازل عن حقي في تلقي إخطار كتابي قبل 10 أيام تقويمية من تغيير النشاط المقترح.

التاريخ

الأحرف الأولى من اسم
ولي الأمر (أولياء الأمور)



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

توثيق تشخيص الحالة

أوافق على إرسال هذا النموذج إلى الاختصاصي الطبي المتابع لي من أجل الحصول على وثائق تشخيص طفلي وتأثيره على النمو.

التاريخ

توقيع ولي الأمر

عزيزي الاختصاصي الطبي — وفقاً لمتطلبات الولاية والمتطلبات الفيدرالية للأهلية بموجب الجزء C من قانون تعليم الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة (IDEA)، لا تؤدي معظم التشخيصات الطبية إلى الحصول على الأهلية لبرنامج التدخل المبكر (EI) تلقائياً. ومع ذلك، قد يحدد اختصاصي معتمد لتشخيص الأمراض النفسية أو البدنية وعلاجها أن الحالة التي تم تشخيص إصابة الطفل المعني بها من المحتمل أن تؤدي إلى تأخر في النمو. وبعد ذلك، سيجري فريق التدخل المبكر (EI) تقدير شامل لتحديد احتياجات برنامج الطفل. من أجل تحديد الأهلية لبرنامج التدخل المبكر (EI) باستخدام هذا النموذج، يجب إكمال جميع الحقول.

يُرجى ذكر التشخيص المحدد للطفل في المربع. يجب عدم تضمين مصطلحات مثل "التأخر الشامل"، أو "تأخر النمو" أو مشاكل النمو، مثل "مشاكل التخاطب".

أظن أن الحالة الصحية لهذا الطفل من المحتمل أن تؤدي إلى تأخير في النمو في واحد على الأقل من مجالات النمو التالية (ضع علامة أمام كل ما ينطبق)

الملاحظات (اختياري)

- مهارات التواصل
 مهارات الحركة
 الإبصار
 السمع
 المهارات الاجتماعية/العاطفية
 القدرة التكيفية/الرعاية الذاتية/الاستقلالية
 المهارات المعرفية/حل المشاكل
 غير ذلك (يُرجى التحديد)

أنا ليس لدي سبب للاعتقاد بأن الحالة الصحية لهذا الطفل من المحتمل أن تؤدي إلى تأخر في النمو. ومع ذلك، فإنني أعني أن ولي الأمر والطفل لا يزال لديهما الحق في إجراء تقييم للنمو لتحديد الأهلية.

اختصاصي معتمد لتشخيص الأمراض النفسية أو البدنية وعلاجها

الاسم _____ نوع الترخيص _____ الهاتف _____

التوقيع _____ البريد الإلكتروني _____ التاريخ _____

تُرجى إعادة هذا النموذج إلى منسق خدمات التدخل المبكر المتابع للطفل

البريد الإلكتروني

رقم الفاكس

اسم منسق خدمات التدخل المبكر



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

لاستخدام منسق خدمات التدخل المبكر فقط

تاريخ تلقي النموذج _____

رقم ETID	تاريخ ميلاد الطفل	اسم الطفل	تاريخ اليوم
			اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)

إخطار باجتماع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)

لقد حان وقت اجتماعنا من أجل:

- وضع خطة خدمات أسرة فردية (IFSP) مؤقتة حتى نتمكن من إكمال التقييم وجدولة خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) "الأولية"
- مراجعة الأهلية ومعلومات التقييم ووضع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) الأولى ("الأولية")
- إجراء مراجعة دورية لخطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) لتحديد مدى التقدم المحرز نحو تحقيق النتائج المحددة في خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) وما إذا كان تعديل أو مراجعة النتائج أو خدمات التدخل المبكر المحددة في خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) ضروريًا أم لا.
- مراجعة معلومات التقييم ووضع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) السنوية
- سيشمل اجتماع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) هذا مؤتمر تخطيط الانتقال.
- اتفقنا على تحديد موعد اجتماع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) في

التاريخ	الوقت	الموقع
---------	-------	--------

لقد تمت دعوة مقدمي خدمات التدخل المبكر التاليين لحضور اجتماع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP). سيتم إرسال نسخة من هذا الإخطار إليهم.

الاسم، الدور أو الوكالة	الاسم، الدور أو الوكالة
-------------------------	-------------------------

الاسم، الدور أو الوكالة	الاسم، الدور أو الوكالة
-------------------------	-------------------------

لقد طلبت دعوة الأشخاص التاليين للمشاركة في اجتماع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP). سيتم إرسال نسخة من هذا الإخطار إليهم.

الاسم، الدور أو صلة القرابة	الاسم، الدور أو صلة القرابة
-----------------------------	-----------------------------

الاسم، الدور أو صلة القرابة	الاسم، الدور أو صلة القرابة
-----------------------------	-----------------------------

إذا كانت لديك أي أسئلة أو تريد تغيير أي شيء حول هذا الاجتماع، يُرجى التواصل معي أنا، منسق خدمات التدخل المبكر (EI) المتابع لك:

معلومات الاتصال بمنسق خدمات التدخل المبكر

اسم منسق خدمات التدخل المبكر



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

تاريخ اليوم	اسم الطفل الذي تمت إحالته	تاريخ ميلاد الطفل	تاريخ الإحالة لبرنامج التدخل المبكر
اسم الاختصاصي الذي أحال الطفل	اسم الوكالة	معلومات الاتصال الخاصة بالاختصاصي أو الوكالة	

لم يحصل برنامج التدخل المبكر (EI) على موافقة ولي الأمر لمشاركة المعلومات حول حالة إحالة الطفل. يُرجى الاتصال بالأسرة للحصول على مزيد من المعلومات.

كانت محاولات الوصول إلى ولي الأمر غير ناجحة. أخبرنا ما إذا كنت قد حدثت معلومات الاتصال الخاصة بولي الأمر أم لا.

وافق ولي الأمر على مشاركة المعلومات التالية:

تم إجراء فحص للنمو ولا يشتبه في إصابة الطفل بتأخر أو إعاقة.

رفض ولي الأمر خدمات برنامج التدخل المبكر بولاية Ohio (Ohio Early Intervention).

الطفل مؤهل لبرنامج التدخل المبكر بولاية Ohio ولقد تم وضع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP).

غير ذلك:

تم تقييم الطفل وهو غير مؤهل لبرنامج التدخل المبكر بولاية Ohio.

أبلغني منسق الخدمات المتابع لي بكل المعلومات المتعلقة بمشاركة حالة إحالة طفلي إلى برنامج التدخل المبكر (EI) وشرح جميع الحقوق الممنوحة لي بصفتي ولي أمر، بما في ذلك حقّي في منح الموافقة. لدي نسخة من كتيب حقوق ولي الأمر المتعلقة بالتدخل المبكر في ولاية Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials). أفهم أن لدي خيارات لتسوية النزاعات إذا كانت لدي شكوى متعلقة بالتدخل المبكر (EI). وأفهم وأوافق على مشاركة المعلومات حول حالة إحالة طفلي إلى الاختصاصي الذي قام بالإحالة.

التاريخ

توقيع ولي الأمر (أولياء الأمور)

اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)

يقدر برنامج التدخل المبكر في ولاية Ohio إحالتك! يمكنك إعادة الإحالة في أي وقت من خلال التواصل مع Central Intake على الرقم 1-800-755-4769 أو زيارة الموقع الإلكتروني www.ohioearlyintervention.org.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

رقم ETID

تاريخ ميلاد الطفل

اسم الطفل

تاريخ اليوم

تحديد قدرة ولي الأمر على الدفع مقابل خدمات التدخل المبكر

الوثائق (مطلوب وثيقة واحدة فقط)

(ج) دخل ولي الأمر

(ب) بطاقة Ohio WIC

(أ) بطاقة Ohio Medicaid

أدرك أن تقديم معلومات الدخل الخاصة بي يتيح لمنسق خدمات التدخل المبكر (EI) تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على موارد أخرى قائمة على الدخل. ومع ذلك، فقد اخترت عدم مشاركة معلوماتي المالية وأعرف أنه وفقاً للقانون (D) OAC 5123-10-03، ساكون مسؤولاً عن دفع تكلفة خدمات التدخل المبكر لما يتجاوز أول 100 وحدة تمويلها الحكومة.

الأحرف الأولى من اسم
ولي الأمر

دخل ولي الأمر:

أسبوعي (52) كل أسبوعين (26) شهري (12) نصف شهري (24) حجم الأسرة: _____

تاريخ (تواريخ) كعب الراتب _____

المبلغ الإجمالي (المبالغ الإجمالية) _____

دخل ولي الأمر:

أسبوعي (52) كل أسبوعين (26) شهري (12) نصف شهري (24) حجم الأسرة: _____

تاريخ (تواريخ) كعب الراتب _____

المبلغ الإجمالي (المبالغ الإجمالية) _____

إجمالي الدخل السنوي: _____

هل دخل الأسرة أقل من أو يساوي مبلغ الأهلية لبرنامج Healthy Start للأطفال غير المؤمن عليهم؟ (مستوى الفقر الفيدرالي) نعم لا <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> (%206)

لقد اطلعت على الوثائق المقدمة من ولي الأمر وراجعتها وفقاً للقانون (D) OAC 5123: 2-10-03 وقررت أن ولي الأمر غير قادر قادر على دفع تكاليف خدمات التدخل المبكر.

التاريخ

اسم منسق خدمات التدخل المبكر (EI)

توقيع منسق خدمات التدخل المبكر (EI)

لقد راجعت المعلومات المستخدمة لإكمال هذا النموذج، وأوضح لي منسق الخدمات المتابع لي قرار ما إذا كنت قادراً أو غير قادر على الدفع مقابل خدمات التدخل المبكر (EI). لدي نسخة من كتيب نظام مدفوعات التدخل المبكر في ولاية Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials). أفهم أن لدي خيارات لتسوية النزاعات إذا كانت لدي شكوى متعلقة بالتدخل المبكر (EI).

التاريخ

توقيع ولي الأمر (أولياء الأمور)

اسم ولي الأمر (أولياء الأمور)



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

نموذج EI-16

لاستخدام الولاية فقط:
تاريخ استلام EI-16:
المراجع:
رقم CMACS:
تاريخ الإدخال في CMACS:
تاريخ إرسال البريد الإلكتروني:

تاريخ اليوم
اسم الطفل
رقم ETID
تاريخ ميلاد الطفل

الدفع مقابل خدمات التدخل المبكر (EI)

اسم ولي الامر		اسم ولي الامر	
العنوان		العنوان	
الولاية	الرمز البريدي	الولاية	الرمز البريدي
رقم الضمان الاجتماعي	صلة القرابة بالطفل	رقم الضمان الاجتماعي	صلة القرابة بالطفل
رقم هاتف المنزل	رقم هاتف العمل	رقم هاتف المنزل	رقم هاتف العمل
البريد الإلكتروني لمنسق خدمات التدخل المبكر		اسم منسق خدمات التدخل المبكر (EI)	

المقاطعة:

اسم وكالة تقديم الخدمة:	هل ولي الامر قادر على الدفع؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
نوع الطفل:	هل وافقت الأسرة على استخدام التأمين العام أو الخاص؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
تاريخ أحدث خطة أولية/سنوية لخدمات الأسرة الفردية (IFSP):	هل يتم تقديم الخدمات في البيئة الطبيعية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

خدمات التدخل المبكر بخطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) الموصى بها (أضف صفحات إضافية إذا لزم الأمر)

نوع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP): أولية سنوية دورية إعادة تقديم نموذج EI-16

ضع علامة أمام الخدمات الموصى بها	خدمة التدخل المبكر (EI)	معدل التكرار (أي: 8 × 45 دقيقة/180 يوماً)	توقيع خدمات الأسرة الفردية (IFSP) التاريخ	انتهاء خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) التاريخ	للاستخدام في الولاية فقط
<input type="checkbox"/>	تقييم/تقدير				فئة SVC <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 07
<input type="checkbox"/>	اجتماعات الفريق/خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)				EICAT1
<input type="checkbox"/>	تخاطب/علاج وظيفي/علاج تغذية				ST
<input type="checkbox"/>	تخاطب				THER
<input type="checkbox"/>	علاج وظيفي				
<input type="checkbox"/>	علاج طبيعي				
<input type="checkbox"/>	العرض مرفق؟ <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	خدمة التدخل المبكر (EI) غير مدرجة:				

ملاحظات للولاية فقط



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

رقم ETID

تاريخ ميلاد الطفل

اسم الطفل

تاريخ اليوم

ورقة العمل المتعلقة بالنفقات الطبية الاستثنائية

اسم ولي الأمر (أولياء الأمور):

دخل ولي الأمر:

أسبوعي (52) كل أسبوعين (26) شهري (12) نصف شهري (24) عدد أفراد الأسرة:

تاريخ (تواريخ) كعب الراتب

المبلغ الإجمالي (المبالغ الإجمالية)

دخل ولي الأمر: أسبوعي (52) كل أسبوعين (26) شهري (12) نصف شهري (24) عدد أفراد الأسرة:

تاريخ (تواريخ) كعب الراتب

المبلغ الإجمالي (المبالغ الإجمالية)

إجمالي الدخل السنوي:

يمكن الاطلاع على حسابات دخل الأسرة بنسبة تتراوح بين 210% و 401% أو أكثر من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) على الموقع الإلكتروني <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

إجمالي الدخل السنوي \times النفقات الطبية الاستثنائية (EME) = النفقات الطبية من الأموال الخاصة

لقد حسبت النفقات الطبية من الأموال الخاصة المتوقعة بناءً على أحدث مستوى للفقر الفيدرالي على النحو الذي حددته وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية ونشرته في السجل الفيدرالي، ولقد شاركت هذه المعلومات مع ولي الأمر. ستستخدم DCY هذه المعلومات لاتخاذ قرار نهائي بشأن النفقات الطبية الاستثنائية للأسرة.

التاريخ

اسم منسق خدمات التدخل المبكر (EI)

توقيع منسق خدمات التدخل المبكر (EI)



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention