

表格 EI-01

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

ETID 编号

发育筛查的预先书面通知和同意书

进行发育筛查可确定您的孩子是否可能存在发育迟缓。筛查包括收集您（家长）以及您选择的其他人提供的信息，并使用适用于考量发育各领域的筛查工具进行筛查。该过程可能还包括对您的孩子进行观察。不论结果如何，您都可以随时要求进行发育评估。书面通知会在筛查至少 10 个日历日前送达。

我的服务协调员已告知我有关发育筛查的所有信息，并向我解释了我作为家长拥有的权利，其中包括同意权。我持有一份《Ohio 早期干预（EI）计划家长权利》手册副本（ohioearlyintervention.org/printed-materials）。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。我理解并同意对我的孩子进行发育筛查。我明白，我的同意是出于自愿，且可以随时撤回。

放弃时限（可选）

我理解并同意放弃我享有的可在拟议活动 10 个日历日前收到书面通知之权利。

家长姓名缩写

日期

家长姓名

家长签名

日期



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-02

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

ETID 编号

发育评估与评价的预先书面通知和同意书

发育评估由早期干预 (EI) 小组（一名或多名专业人员）执行，以在没有可确认符合条件的疾病时确定您的孩子是否符合资格。

通常还会同时对您的孩子进行**发育评价**，了解孩子在家庭日常生活和活动中的参与情况。这些评估和评价包括：

- 审查相关记录，包括您同意披露的医疗记录/病历；
- 观察您的孩子；
- 向您了解孩子的发育状况，包括您的孩子在日常生活和活动中的参与情况；
- 使用评估和评价工具，获取有关您的孩子在沟通、适应/自理、社交/情感、认知/思考/问题解决、动作/运动、视觉和听觉方面的发育状况信息。

在**家庭指导评价**期间，您将分享您在使孩子成功参与日常活动方面的**关注点**和**优先事项**。您将讨论您拥有或可能需要哪些资源来协助您促进孩子的成长发育。

如果确定您的孩子符合资格，则您孩子的发育评估和发育评价以及家庭指导评价所提供的信息将用于制定个性化家庭服务计划，以及确定您及您的孩子需要哪些早期干预服务支持。书面通知会在评估和评价至少 10 个日历日前送达。

我们提议（勾选所有适用项）：

- 进行**发育评估**，确定您的孩子是否符合早期干预资格。
- 进行**发育评价**，确定孩子的长处和需求。
- 进行**家庭指导评估**，确定与支持孩子发育相关的关注点、优先事项和资源。

放弃时限（可选）

我理解并同意放弃我享有的可在拟议活动 10 个日历日前收到书面通知之权利。

家长姓名缩写

日期

我的服务协调员已告知我有关家庭指导评价以及孩子的发育评估和/或评价的所有信息，并向我解释了我作为家长所拥有的权利，其中包括同意权。我持有一份《俄亥俄州早期干预 (EI) 计划家长权利》手册 (ohioearlyintervention.org/printed-materials)。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。我了解，要让孩子享受早期干预体系的服务，必须先确定其是否符合资格并对孩子进行发育评估。我也明白，我对是否进行家庭指导评价的决定不会影响到孩子是否符合接受早期干预服务的资格。我明白，我的同意是出于自愿，且可以随时撤回。

我同意对我的孩子 _____ 进行发育评估 _____ 发育评价 _____ 家庭指导评价
(姓名缩写) (姓名缩写) (姓名缩写)

家长姓名

家长签名

日期



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-03

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

家长姓名

ETID 编号

资格认定的预先书面通知

孩子年龄

调整后年龄 (如适用)

资格认定日期

转诊原因

资格状态

- 您的孩子被诊断出患有很可能导致发育迟缓的身体或心理疾病，因此**符合参与 Ohio 州早期干预 (Early Intervention, EI) 计划的资格**。*

诊断病情：

用于确认诊断的文件：

(* 如果您的孩子由于已确诊的疾病而符合早期干预资格，则无需填写本页的其余部分和第 2 页)

- 您的孩子由早期干预评估 (EI) 团队通过以下方式确定为发育迟缓，因此**符合参与 Ohio 州早期干预计划的资格**：**

评估工具的评分，或 知情临床意见，其中涉及以下领域：

表达性沟通

社交/情感

精细运动

适应能力

接受性沟通

认知能力

粗大运动

- 您的孩子不符合参与 Ohio 州早期干预 (EI) 计划的资格**。您的孩子由一个多学科团队进行评估，根据评估分数和该团队的临床意见，您的孩子未表现出任何发育延缓。**

用于确定资格状态的方法

完成日期

(** 仅当孩子因发育迟缓而符合资格或不符合资格时填写)

- 通过医疗/教育/其他记录审查孩子的相关记录
- 通过家长/家庭访谈审查孩子的相关记录
- 观察
- 评估工具
 - Bayley 婴幼儿发展量表
 - Battelle 发展量表
- 听力检查表
- 视力检查表
- 其他 (可选)：

评估结果摘要

多学科评估团队成员

评估人员姓名:

电话:

电子邮件:

专业:

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 发育专家 | <input type="checkbox"/> 言语病理学家 |
| <input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者 | <input type="checkbox"/> 职业治疗师 |
| <input type="checkbox"/> 社会工作者 | <input type="checkbox"/> 物理治疗师 |
| <input type="checkbox"/> 视力专科医生 | <input type="checkbox"/> 护士 |
| <input type="checkbox"/> 听力专科医生 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |

评估人员姓名:

电话:

电子邮件:

专业:

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 发育专家 | <input type="checkbox"/> 言语病理学家 |
| <input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者 | <input type="checkbox"/> 职业治疗师 |
| <input type="checkbox"/> 社会工作者 | <input type="checkbox"/> 物理治疗师 |
| <input type="checkbox"/> 视力专科医生 | <input type="checkbox"/> 护士 |
| <input type="checkbox"/> 听力专科医生 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |

评估人员姓名:

电话:

电子邮件:

专业:

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 发育专家 | <input type="checkbox"/> 言语病理学家 |
| <input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者 | <input type="checkbox"/> 职业治疗师 |
| <input type="checkbox"/> 社会工作者 | <input type="checkbox"/> 物理治疗师 |
| <input type="checkbox"/> 视力专科医生 | <input type="checkbox"/> 护士 |
| <input type="checkbox"/> 听力专科医生 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |

如果您的孩子符合参与 Ohio 州早期干预计划的资格：

Ohio 州早期干预计划提议与您一起制定个性化家庭服务计划（IFSP），其中包括“成果”（或目标）以及实现这些成果所需的早期干预服务。如果 Ohio 州早期干预计划确定您的孩子符合资格，您必须在开始或更改早期干预服务前至少 10 个日历日收到预先书面通知；该通知将在 IFSP 会议期间添加到您的家庭计划中。如有需要，您可以放弃 IFSP 第 6 部分中开始早期干预服务前 10 个日历日的要求。

早期干预服务协调员将与您一起安排 IFSP 会议。

 服务协调员姓名

 电话号码

 电子邮件地址
如果您的孩子不符合参与 Ohio 州早期干预计划的资格：

这意味着您的孩子目前表现的技能和行为与同龄儿童相符。

Ohio 州早期干预计划提议您的孩子在收到本通知后的至少 10 日后从早期干预体系中退出。在下面的方框中，评估团队提供了促进您孩子发展的建议、以及可能对您的家庭有益的潜在社区支持和资源。

作为家长，您可以选择可用的争端解决方式。随附有一份《早期干预计划家长权利》手册。如果对这些结果有任何疑问，或不同意这些结果，请联系您的早期干预服务协调员。在孩子年满三岁之前，如果您对他/她的发育状况有任何新疑虑，均可以联系服务协调员。

 服务协调员姓名

 电话号码

 电子邮件地址

可能会感兴趣的社区支持和资源：

有关促进孩子发展的想法和建议：

表格 EI-04: 个别化家庭服务计划 (IFSP)



IFSP 类型	<input type="checkbox"/> 初次	<input type="checkbox"/> 定期	<input type="checkbox"/> 定期
和日期	<input type="checkbox"/> 年度	<input type="checkbox"/> 定期	<input type="checkbox"/> TPC

ETID 编号

第 1 部分: 孩子和家庭信息

孩子名字	姓氏	昵称/别名	出生日期
孩子所讲语言	是否需要口译人员? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	孩子的种族	孩子的居住地学区
家长姓名	地址	是否与孩子同住? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
与孩子的关系 (如果不是亲生父母或领养父母)	电话: 手机 (C); 家庭电话 (H); 工作电话 (W)		
电子邮件地址	首选联系方式 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 短信	首选联系时段	
家长姓名	地址	是否与孩子同住? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
与孩子的关系 (如果不是亲生父母或领养父母)	电话: 手机 (C); 家庭电话 (H); 工作电话 (W)		
电子邮件地址	首选联系方式 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 短信	首选联系时段	

其他重要的家庭信息

(您希望小组了解的有关您的家庭文化、精神信仰或生活安排的任何信息)

第 2 部分: 早期干预服务协调员信息

早期干预 (EI) 服务协调员是实施下列行动的执行人, 是您在参与早期干预期间的单点联系人。其工作包括:

- 解释并确保您在早期干预计划中的权利
- 协调您孩子的初始资格
- 在规定的时间内协调个别化家庭服务计划 (IFSP) 会议, 包括您要求举行的会议
- 协助 IFSP 小组制定能反映您的忧虑事项和优先事项相关的实用性成果
- 协助您确定、获取、筹资和监测所需的早期干预服务
- 协助您寻找并联系您需要的其他支持和资源
- 促进在孩子年满三岁时制定过渡规划

早期干预服务协调员姓名	电话	电子邮件
机构名称	主管姓名和联系信息	

孩子姓名:

出生日期

ETID 编号:

第 3 部分：孩子和家庭评估

完成日期:

孩子评估

家庭主导评估:

在对您的孩子和家庭进行评估期间，评估小组从多个来源收集信息。这些信息将在以下页面中进行总结，作为制定成果和确定满足您孩子和家庭需求的策略和活动的基础。

必须已经进行或审查以下的孩子评估活动：

完成日期

- 审查资格文件
- 通过医疗/教育/其他记录审查孩子的相关记录
- 通过家长/家庭访谈审查孩子的相关记录
- 从照顾者、家庭成员和/或其他人那里收集信息，以全面了解孩子的独特优势和需求
- 确定孩子在家庭日常例行事项和活动中的功能水平
- 听力检查表
- 视力检查表
- 其他（可选）：

孩子记录总结

这是通过家长访谈和医疗、教育或其他记录获得的相关信息的总结，包括出生史、出生时胎龄、医疗状况或诊断、疾病、住院、用药、视力和听力状况/筛查、喂养/营养需求以及其他发育信息。

孩子姓名：

出生日期

ETID 编号：

日常活动和例行事项总结

一天中与孩子在一起的最轻松或最愉快的时段

活动/例行事项	谁参与其中?	是什么让活动/例行事项顺利进行?

一天中与孩子在一起最具挑战性 or 最沮丧的时段

活动/例行事项	谁参与其中?	是什么让活动/例行事项具有挑战性?

孩子发育状况总结

孩子发展三个功能领域的技能，称为“孩子三项成果”：(1) 发展积极的社交情感技能；(2) 获取并使用知识和技能；以及 (3) 采取适当行动来满足其需求。您的小组通过观察、家庭访谈、审查孩子的记录以及您分享的有关您孩子参加家庭活动和例行事项的信息，整理了这些总结信息。这些对您孩子目前发育水平的总结代表了您孩子与同龄人相比的个人优势和需求。此链接提供有关[孩子三项成果](#)中每项成果的功能技能细分的更多信息。

孩子姓名:

出生日期

ETID 编号:

发展积极的社交情感技能

对孩子的孩子与家人、其他成年人以及其他孩子互动和玩耍情况进行总结。这包括他们如何 (1) 向家庭成员表达爱意, (2) 理解并使用自己名字和他人名字, (3) 互致问候和告别, (4) 与熟悉和不熟悉的成人和同龄人玩耍, (5) 表达对玩具的所有权并与他人分享玩具, (6) 表达自己的感受并在心烦意乱时平静下来, (7) 参与社交规则和游戏, 比如玩捉迷藏、唱歌、跳舞、装扮游戏、轮流等。

适用于年度 IFSP 和退出该计划 - 自最近一次孩子成果总结评分以来, 您的孩子是否表现出与 发展积极社交情感技能相关的任何新技能或行为?

是 否

孩子成果总结 (COS) 评级陈述 - 相对于同龄人, 您的孩子:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 在该领域使用比他/她年幼得多的孩子应该具备的技能。 | <input type="checkbox"/> 偶尔使用符合年龄预期的技能。在这该领域拥有比年幼孩子更多的技能。 |
| <input type="checkbox"/> 使用一些早期技能, 这些技能是培养符合年龄预期技能所必需的。他/她尚未在该领域使用符合年龄预期的技能。 | <input type="checkbox"/> 使用许多符合年龄预期的技能。他/她在该领域拥有一些年幼孩子的技能。 |
| <input type="checkbox"/> 使用许多早期技能, 这些技能是培养符合年龄预期技能所必需的。他/她尚未在该领域使用符合年龄预期的技能。 | <input type="checkbox"/> 使用我们期望他/她在该领域能拥有的一些技能。但是, 存在引起忧虑的可能性。 |
| | <input type="checkbox"/> 使用我们期望他/她在该领域能拥有的所有技能。 |
-

孩子姓名:

出生日期

ETID 编号:

获取并使用知识和技能

这是对您的孩子如何玩耍、如何学习新事物以及将其所知之事传达给他人的总结。这包括他们如何 (1) 观察他人并向他人学习, (2) 解决问题, (3) 分析新信息, (4) 进行有目的的游戏, (5) “阅读”书籍, (6) 理解指示, 以及 (7) 使用手势、文字或符号向他人介绍世界和回答问题。

适用于年度 IFSP 和退出该计划 - 自最近一次孩子成果总结评分以来, 您的孩子是否表现出与获取并使用知识和技能相关的任何新技能或行为? 是 否

孩子成果总结 (COS) 评级陈述 - 相对于同龄人, 您的孩子:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 在该领域使用比他/她年幼得多的孩子应该具备的技能。 | <input type="checkbox"/> 偶尔使用符合年龄预期的技能。在这该领域拥有比年幼孩子更多的技能。 |
| <input type="checkbox"/> 使用一些早期技能, 这些技能是培养符合年龄预期技能所必需的。他/她尚未在该领域使用符合年龄预期的技能。 | <input type="checkbox"/> 使用许多符合年龄预期的技能。他/她在该领域拥有一些年幼孩子的技能。 |
| <input type="checkbox"/> 使用许多早期技能, 这些技能是培养符合年龄预期技能所必需的。他/她尚未在该领域使用符合年龄预期的技能。 | <input type="checkbox"/> 使用我们期望他/她在该领域能拥有的一些技能。但是, 存在引起忧虑的可能性。 |
| | <input type="checkbox"/> 使用我们期望他/她在该领域能拥有的所有技能。 |
-

孩子姓名:

出生日期

ETID 编号:

采取适当行动来满足需求

这是对您的孩子如何有目的地行动、如何帮助照顾自己、如何表达自己的愿望和需求的总结。这包括他/她如何 (1) 从一个地方移动到另一个地方, (2) 进食和饮水, (3) 参与穿衣和脱衣, (4) 午睡和晚上睡觉, (5) 参与洗澡、换尿布和如厕, (6) 遵守有关安全的指示, 以及 (7) 向他人表达自己的愿望和需求。

适用于年度 IFSP 和退出该计划 - 自最近一次孩子成果总结评分以来, 您的孩子是否表现出与 采取适当行动来满足需求相关的任何新技能或行为? 是 否

孩子成果总结 (COS) 评级陈述 - 相对于同龄人, 您的孩子:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 在该领域使用比他/她年幼得多的孩子应该具备的技能。 | <input type="checkbox"/> 偶尔使用符合年龄预期的技能。在这该领域拥有比年幼孩子更多的技能。 |
| <input type="checkbox"/> 使用一些早期技能, 这些技能是培养符合年龄预期技能所必需的。他/她尚未在该领域使用符合年龄预期的技能。 | <input type="checkbox"/> 使用许多符合年龄预期的技能。他/她在该领域拥有一些年幼孩子的技能。 |
| <input type="checkbox"/> 使用许多早期技能, 这些技能是培养符合年龄预期技能所必需的。他/她尚未在该领域使用符合年龄预期的技能。 | <input type="checkbox"/> 使用我们期望他/她在该领域能拥有的一些技能。但是, 存在引起忧虑的可能性。 |
| | <input type="checkbox"/> 使用我们期望他/她在该领域能拥有的所有技能。 |
-

孩子姓名:

出生日期

ETID 编号:

家庭主导评估 (FDA) 总结

FDA 开展人: _____

家庭忧虑

本小节总结您的孩子或家庭在日常活动和例行事项中遇到哪些忧虑事项、困难或挑战，需要早期干预小组帮助解决。

家庭资源

本小节总结您的孩子或家庭拥有哪些支持资源，包括人员、活动、计划或组织，以及您目前没有但希望或可能从中受益的资源。

家庭优先事项

本小节总结您希望您的孩子和/或家庭通过早期干预服务获得哪些具体技能、活动和/或资源。

孩子姓名：

出生日期

ETID 编号：

第 4 部分：孩子和家庭成果

本部分根据您想要达成的目标来确定孩子或家庭的成果，以及取得该成果所需的步骤。该成果基于您在孩子和家庭评估过程中分享的有关家庭日常生活的信息。每个 IFSP 成果必须以通俗易懂的语言书写，并且有足够的细节，以便整个团队知道达成时间。成果应基于您希望通过早期干预支持和服务能在您的家庭活动中看到的成果。

成果编号：	此项 孩子 成果涉及：	<input type="checkbox"/> 发展积极的社交关系	<input type="checkbox"/> 获取和使用新技能和知识	<input type="checkbox"/> 采取行动，以满足自身需求	该项 家庭 成果涉及：	<input type="checkbox"/> 家庭幸福、家庭参与或信息
成果添加日期：						

成果：

关于该项成果，现在情况怎样？

策略：有哪些步骤与活动，包括人员及时机，可帮助我们实现该 IFSP 成果？

我们目前可获得哪些支持来帮助我们实现该成果（正式支持和自然支持，包括不是由早期干预计划提供的服务）？

成果审核：对 IFSP 的审核必须至少每六个月进行一次，但时间间隔可以更短。您可以随时申请 IFSP 审核。

审核结果：

审核日期： _____

- 该成果已实现 继续该成果 修改该成果 该成果不再是优先事项

影响该成果的新忧虑事项或事件：

在实现该成果上取得的进展：

更新的策略：

孩子姓名：

出生日期

ETID 编号：

第 5 部分：孩子和家庭过渡规划

通过早期干预计划提供的支持和服务将在孩子年满三岁时结束。本部分作为您的过渡规划，用于确定孩子和家庭的过渡需求，以及使尽可能顺利地从小儿早期干预过渡所需的步骤和活动。团队将与您一起制定计划，并协助您确定可能对您的孩子和家庭有益的潜在社区支持或服务。

过渡规划将在孩子三岁生日前 **9 个月** (_____) 到 **90 天** (_____) 之间制定。
日期 日期

如果孩子在三岁生日前 90 天内被转介到早期干预计划，则您的过渡规划将在首次 IFSP 会议上制定。

此规划过程将包括：

- 与您讨论您的孩子和家庭的未来需求、潜在的未来服务和安置方案，以及有关这些服务选项的详细信息。
- 制定让您的孩子做好准备以应对服务提供变化的程序，包括帮助孩子适应新环境并在新环境中发挥功能的步骤。这可能包括学习乘坐校车、与家人分离、在新环境中获取和使用通讯设备或其他辅助技术设备等等。
- 确定过渡步骤、活动以及 IFSP 小组认为支持过渡所必需的任何其他步骤和活动。
- 在征得您的同意（EI-07 过渡规划会议同意书）的情况下，与您确定为潜在资源的任何社区服务提供者一起举行过渡规划会议 (TPC)。

虽然您孩子的姓名、出生日期和联系信息已经与所在学区共享，但过渡规划会议是您分享和了解其他信息的时机。如果您的孩子在三岁时有资格获得学前特殊教育服务，则此规划过程还将包括与您就学区的作用进行谈话，征得您同意以与学区分享最新评价、评估和 IFSP 副本，以及邀请学区代表参加过渡规划会议。

制定过渡成果以及步骤和服务的日期：

潜在的未来资源、安置和/或服务：

孩子过渡成果：为顺利过渡，您的孩子需要什么？

成果编号：

策略：有哪些步骤与活动，包括人员及时机，可帮助我们实现该成果？

该过渡成果涉及： 发展积极的社交关系 获取和使用新技能和知识 采取行动，以满足自身需求

家庭过渡结果：为了支持您的孩子过渡，您需要什么？

成果编号：

策略：有哪些步骤与活动，包括人员及时机，可帮助我们实现该成果？

孩子姓名：

出生日期

ETID 编号：

过渡成果审核： 对 IFSP 的审核必须至少每六个月进行一次，但时间间隔可以更短。您可以随时申请 IFSP 审核。

孩子过渡成果的审查结果：

审核日期： _____

- 该成果已实现 继续该成果 修改该成果 该成果不再是优先事项

家庭过渡成果的审查结果：

- 该成果已实现 继续该成果 修改该成果 该成果不再是优先事项

影响该成果的新忧虑事项或事件：

在实现该成果上取得的进展：

更新的策略、步骤和活动：

孩子姓名:

出生日期

ETID 编号:

第 6 部分：早期干预服务

早期干预服务可由主服务提供者 (PSP) 或二级服务提供者 (SSP) 提供。PSP 在所有探访中都会直接协助/服务家庭，以支持实现成果并促进孩子的学习和发展。SSP 通过联合探访，定期向 PSP 和家庭提供 IFSP 成果支持。联合探访根据 PSP 和家庭的需要频率进行。除了早期干预服务提供者之外，您始终可以享有早期干预服务提供者整支团队来支持您的家庭。

根据所有可用信息，IFSP 小组确定了以下早期干预服务来支持成果的实现：

IFSP 日期:

早期干预服务类型	方法	地点	频率	持续时长	提供机构	资金来源	预计开始日期*	预计结束日期	成果编号
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 新服务		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 新服务		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 新服务		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 新服务		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 新服务		

方法：当面 (P)；技术 (T)；

地点：家里 (H)；社区 (C)；其他 (O)

*如果预计在此 IFSP 会议后 10 天内将提供任何新服务或调整服务，请参见 IFSP 第 8 部分中的“放弃时限”。

解释为什么某一早期干预服务不能在自然环境中提供：

为了将服务转入自然环境中，服务协调员和家庭将采取哪些措施（包括预计日期）：

需要但尚未安排的早期干预服务：

为了协调所需的早期干预服务，服务协调员将采取哪些措施：

及时接受服务 (TRS)

截止日期： _____

孩子姓名:

出生日期

ETID 编号:

第 7 部分: 团队参与

除了您对制定本 IFSP 做出宝贵贡献外, 以下人员还参与了资格认定、评估和/或本 IFSP 的制定:

早期干预服务协调员姓名:

电话:

电子邮件:

<p>姓名:</p> <p>电话:</p> <p>电子邮件:</p> <p>角色: <input type="checkbox"/> 评价员/评估员 <input type="checkbox"/> 服务提供者</p>	<p>专业:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 发育专家</td> <td><input type="checkbox"/> 言语病理学家</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者</td> <td><input type="checkbox"/> 职业治疗师</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 社会工作者</td> <td><input type="checkbox"/> 物理治疗师</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 视力专科医生</td> <td><input type="checkbox"/> 护士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 听力专科医生</td> <td><input type="checkbox"/> 其他:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 发育专家	<input type="checkbox"/> 言语病理学家	<input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者	<input type="checkbox"/> 职业治疗师	<input type="checkbox"/> 社会工作者	<input type="checkbox"/> 物理治疗师	<input type="checkbox"/> 视力专科医生	<input type="checkbox"/> 护士	<input type="checkbox"/> 听力专科医生	<input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 发育专家	<input type="checkbox"/> 言语病理学家										
<input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者	<input type="checkbox"/> 职业治疗师										
<input type="checkbox"/> 社会工作者	<input type="checkbox"/> 物理治疗师										
<input type="checkbox"/> 视力专科医生	<input type="checkbox"/> 护士										
<input type="checkbox"/> 听力专科医生	<input type="checkbox"/> 其他:										

<p>姓名:</p> <p>电话:</p> <p>电子邮件:</p> <p>角色: <input type="checkbox"/> 评价员/评估员 <input type="checkbox"/> 服务提供者</p>	<p>专业:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 发育专家</td> <td><input type="checkbox"/> 言语病理学家</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者</td> <td><input type="checkbox"/> 职业治疗师</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 社会工作者</td> <td><input type="checkbox"/> 物理治疗师</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 视力专科医生</td> <td><input type="checkbox"/> 护士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 听力专科医生</td> <td><input type="checkbox"/> 其他:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 发育专家	<input type="checkbox"/> 言语病理学家	<input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者	<input type="checkbox"/> 职业治疗师	<input type="checkbox"/> 社会工作者	<input type="checkbox"/> 物理治疗师	<input type="checkbox"/> 视力专科医生	<input type="checkbox"/> 护士	<input type="checkbox"/> 听力专科医生	<input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 发育专家	<input type="checkbox"/> 言语病理学家										
<input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者	<input type="checkbox"/> 职业治疗师										
<input type="checkbox"/> 社会工作者	<input type="checkbox"/> 物理治疗师										
<input type="checkbox"/> 视力专科医生	<input type="checkbox"/> 护士										
<input type="checkbox"/> 听力专科医生	<input type="checkbox"/> 其他:										

<p>姓名:</p> <p>电话:</p> <p>电子邮件:</p> <p>角色: <input type="checkbox"/> 评价员/评估员 <input type="checkbox"/> 服务提供者</p>	<p>专业:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 发育专家</td> <td><input type="checkbox"/> 言语病理学家</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者</td> <td><input type="checkbox"/> 职业治疗师</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 社会工作者</td> <td><input type="checkbox"/> 物理治疗师</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 视力专科医生</td> <td><input type="checkbox"/> 护士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 听力专科医生</td> <td><input type="checkbox"/> 其他:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 发育专家	<input type="checkbox"/> 言语病理学家	<input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者	<input type="checkbox"/> 职业治疗师	<input type="checkbox"/> 社会工作者	<input type="checkbox"/> 物理治疗师	<input type="checkbox"/> 视力专科医生	<input type="checkbox"/> 护士	<input type="checkbox"/> 听力专科医生	<input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 发育专家	<input type="checkbox"/> 言语病理学家										
<input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者	<input type="checkbox"/> 职业治疗师										
<input type="checkbox"/> 社会工作者	<input type="checkbox"/> 物理治疗师										
<input type="checkbox"/> 视力专科医生	<input type="checkbox"/> 护士										
<input type="checkbox"/> 听力专科医生	<input type="checkbox"/> 其他:										

<p>姓名:</p> <p>电话:</p> <p>电子邮件:</p> <p>角色: <input type="checkbox"/> 评价员/评估员 <input type="checkbox"/> 服务提供者</p>	<p>专业:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 发育专家</td> <td><input type="checkbox"/> 言语病理学家</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者</td> <td><input type="checkbox"/> 职业治疗师</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 社会工作者</td> <td><input type="checkbox"/> 物理治疗师</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 视力专科医生</td> <td><input type="checkbox"/> 护士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 听力专科医生</td> <td><input type="checkbox"/> 其他:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 发育专家	<input type="checkbox"/> 言语病理学家	<input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者	<input type="checkbox"/> 职业治疗师	<input type="checkbox"/> 社会工作者	<input type="checkbox"/> 物理治疗师	<input type="checkbox"/> 视力专科医生	<input type="checkbox"/> 护士	<input type="checkbox"/> 听力专科医生	<input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 发育专家	<input type="checkbox"/> 言语病理学家										
<input type="checkbox"/> 学前班/幼儿园教育工作者	<input type="checkbox"/> 职业治疗师										
<input type="checkbox"/> 社会工作者	<input type="checkbox"/> 物理治疗师										
<input type="checkbox"/> 视力专科医生	<input type="checkbox"/> 护士										
<input type="checkbox"/> 听力专科医生	<input type="checkbox"/> 其他:										

其他参与者姓名

角色/与家庭的关系

孩子姓名:

出生日期

ETID 编号:

第 8 部分：早期干预服务的预先书面通知和同意书

家长同意书

我同意服务提供者提供本 IFSP 所描述的这些早期干预服务。我参与了本 IFSP 的制定，并已充分获悉并理解与提供本 IFSP 所述早期干预服务相关的所有信息。我持有一份《俄亥俄州早期干预 (EI) 计划家长权利》手册，并知晓我有给予同意的权利。我了解，若进行早期干预投诉，我可以选择使用争端解决方式。

我了解，任何俄亥俄州早期干预 (EI) 服务提供者在建议/提议开始（启动）或更改为家庭和孩子所提供的早期干预服务时，须在开始或更改早期干预服务至少 10 个日历日前将预先通知书送达给我。我了解，本 IFSP 构成关于拟议早期干预服务的预先书面通知，有关拟议启动或变更服务的详细信息，请参阅 IFSP 第 6 部分。对于在本次 IFSP 会议之前拟以 EI-11 表终止的服务，无需额外的事先书面通知。

放弃时限（可选）

我理解并同意放弃我享有的在变更或开始拟议活动前 10 个日历日收到书面通知之权利。

家长姓名缩写

日期

家长姓名

家长签名

日期

家长姓名

家长签名

日期

早期干预服务协调员和提供者同意书

我们确认，相关成果反映了家庭的忧虑事项和优先事项，且早期干预服务有利于促成这些成果。我们同意执行本 IFSP，通过支持家庭的方式帮助孩子尽可能地参与其日常活动并从中学习。

姓名

专业

签名

日期

表格 EI-05

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

ETID 编号

使用保险支付早期干预服务费用同意书

使用私人保险

我的服务协调员解释了“支付体系”规则、以及当我使用私人保险来支付早期干预服务费用时可能产生的任何潜在费用，例如：共付额、免赔额、保费或长期成本（例如：因保单的年度或终身医疗保险上限而导致的福利损失）。我已收到有关这些潜在费用及我享有的权利的书面通知。我理解，当我同意使用我的私人保险时，如果我被确定为有能力支付，州政府将会在 IFSP 年度支付前 100 个早期干预服务单位的共付额和免赔额。如果我被确定为无能力支付，州政府将支付全部早期干预服务单位的共付额和免赔额。

我同意使用我的私人保险来支付早期干预服务费用

是

否

我未持有私人保险

主要保单号

开始日期

结束日期

医疗保险公司名称

投保人姓名

辅助保单号

开始日期

结束日期

医疗保险公司名称

投保人姓名

家长姓名

家长签名

日期

使用公共保险

我的服务协调员解释了早期干预支付体系规则。我已收到有关我享有的权利的书面通知，并知晓若使用医疗补助福利来支付早期干预服务费用，不会产生任何潜在费用。

我同意将孩子的个人信息（用于识别孩子的信息）分享给 IFSP 中所列的早期干预服务提供者和州医疗补助机构，以用于计费目的

是

否

我的孩子未持有医疗补助保险

医疗补助接受人/账单号码

家长姓名

家长签名

日期



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-06

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

ETID 编号

信息披露或交换同意书

作为家长，您可以访问孩子早期干预记录（EI）的任何部分。早期干预记录是指根据联邦法律《身心障碍个人教育促进法案》（IDEA）的 C 部分收集、维护或使用的有关您孩子的所有记录。

除了您孩子的姓名、出生日期和您与学区分享的联系信息外，未经您的许可，不得与早期干预体系之外的任何个人或机构分享您的早期干预信息。在征得您的同意后，我们可以通过口头或书面形式分享信息。您可以自行决定要分享或不分享哪些信息。如果您允许披露或交换信息，将向机构或人员发放本表格的副本。出于某些有限原因进行的披露或交换无需征得家长同意。请参阅《家长权利手册》，以了解这些原因。

我同意俄亥俄州早期干预（Ohio Early Intervention）计划向姓名和/或机构披露或与之交换以下信息：

联系信息（如有）：

关于我孩子/我的以下信息：

个别化家庭服务计划（IFSP）

资格认定结果

早期干预案例说明

整体早期干预记录

其他（请注明）

使用以下方法：

电话/短信/视频

当面

电子邮件/传真/数字上传

纸质记录

信息披露或交换旨在协助：

Ohio EI 资格认定

从早期干预过渡到学前教育或其他社区计划

IFSP 制定

孩子的服务与进步

其他（请注明）

如果适用，请描述信息披露或交换方面的任何限制：

本同意书的有效期：

直到我孩子的三岁生日：

从 到

我的服务协调员或早期干预服务提供者已告知我有关信息披露或交换的所有信息，并解释了我作为家长拥有的权利，其中包括同意权。我持有一份《Ohio EI 计划家长权利》手册（ohioearlyintervention.org/printed-materials）。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争议解决的方式。我理解并同意披露或交换孩子的信息。我理解，即使我同意信息交换，其他非早期干预机构也可能要求我填写他们自己的信息披露表格。

家长姓名

家长签名

日期

如果此表格由早期干预服务协调员以外的人员完成，则早期干预服务提供者必须在签署同意书后五个日历日内将副本发送给早期干预服务协调员。



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-07

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

ETID 编号

过渡规划会议 (TPC) 同意书

在您的孩子年满三 (3) 岁并且您退出早期干预之前，举行过渡规划会议有助于为我们如何协助您从早期干预过渡到您孩子在 3 岁时可能有资格获得的服务和支持做出规划。会议应在距离孩子三岁生日不少于 90 日且不超过 9 个月内举行。在安排此会议之前，您和您的早期干预团队可以确定您想要邀请参加此会议的其他人，包括任何社区服务提供者。

我同意安排过渡规划会议。

我不同意安排过渡规划会议。

如果您的孩子可能有资格获得学前特殊教育服务，您当地的学区将负责提供这些服务。最好邀请您的学区代表，他将解释确定“B 部分”特殊学前教育资格的流程。其他社区服务提供者也可应邀参加本次会议。

我同意邀请学区代表参加我的过渡规划会议

我不同意邀请学区代表参加我的过渡规划会议

如果您和您的早期干预团队认为您的孩子没有获得学前特殊教育服务的潜在资格，或者您不想邀请您所在学区代表，我们可以安排与您认定为潜在资源的任何其他社区服务提供者举行过渡规划会议。

家长姓名

家长签名

日期



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-08

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

ETID 编号

向当地教育机构和 Ohio 教育和劳动力部（Department of Education and Workforce（DEW））转介孩子同意书

Ohio 早期干预（EI）计划最近收到了有关您的孩子的转介。由于早期干预计划是面向从出生到三岁期间存在发育迟缓和身心障碍的儿童，而您的孩子已接近三岁，因此无法确定您孩子是否享有早期干预资格。不过，如果您怀疑您的孩子可能存在发育迟缓或身心障碍问题，您的孩子可能有资格获得《身心障碍个人教育促进法案（IDEA）》B 部分的学前特殊教育服务。

您可以自行联系所在学区进行转介。

如果您希望早期干预计划联系您所在学区进行转介，我们需要先征得您的同意。经您同意后，我们会使用本表格将您的联系信息以及孩子的姓名和出生日期提供给负责您孩子教育的学区和 ODEW。

我已充分获悉并理解我的联系信息以及我孩子的姓名将被分享给我所在当地学区和 ODEW。我收到了此表格及随附的《Ohio 早期干预（EI）计划家长权利》手册副本（ohioearlyintervention.org/printed-materials）。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。我同意早期干预计划向我所在学区和 ODEW 提供孩子的姓名、出生日期以及我的联系信息。

家长姓名

家长签名

日期

家长街道地址

家长电子邮件地址

家长电话号码

家长城市、州、邮编

*获得家长签名后，必须通过电子邮件将此签署表格发送给 EI@childrenandyouth.ohio.gov，以确保完成转介。



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-10

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

ETID 编号

家长姓名

退出预先书面通知

俄亥俄州早期干预 (EI) 计划提议结束您和您孩子的早期干预服务。俄亥俄州早期干预 (EI) 计划将保留孩子的早期干预记录副本，直到孩子年满九岁。您有权审阅或索取孩子的相关记录。俄亥俄州早期干预计划提议，基于以下原因，您的孩子将在收到此通知后的至少 10 个日历天内退出早期干预 (EI) 系统：

- 您的孩子接受了筛查，且未被发现存在发育迟缓或
- 身心障碍。您可以随时联系早期干预服务协调员以申请评估。
 - 未完成所需的评估或评价。
 - 您的孩子不符合早期干预服务的资格要求。
 - 您的孩子已离开俄亥俄州。
 - 孩子的 IFSP 成果已实现，且团队已达成一致，认为孩子不需要额外的 IFSP 成果。
 - 您告知我们，您当前不再感兴趣或无法参与早期干预服务。
我们无法与您联系。如果您仍有兴趣接受早期干预服务，请在收到本通知后的 10 个日历日内联系您的早期干预服务协调员。
 - 您的孩子在三岁之前已通过 IEP 过渡到 B 部分服务。

建议退出日期：

备注：

作为家长，您可以选择可用的争端解决方式。随函附上一份《早期干预家长权利手册》的副本（可访问 ohioearlyintervention.org/printed-materials 查阅）。如果您仍有兴趣接受早期干预服务，或认为孩子退出的原因不清楚或不准确，请与我联系。

早期干预服务协调员姓名

早期干预服务协调员联系信息

您可以在此处跟踪您孩子的发育情况 - www.helpmegrow.org/ASQ。
在孩子年满三岁之前，您随时可以致电 1-800-755-4769 联系 Central Intake
或访问 www.ohioearlyintervention.org 进行再次转介。



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-11

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

ETID 编号

家长姓名

拟议服务变更的预先书面通知

Ohio 早期干预 (EI) 服务是通过个性化家庭服务计划 (IFSP) 流程确定的。这些服务的预先书面通知将在 IFSP 会议上通过 IFSP 表格来提供。但是, 如果任何 Ohio 早期干预服务提供者提议在 IFSP 会议之前终止早期干预服务, 必须在该早期干预服务终止前至少 10 个日历日向您发送此预先书面通知。您的服务协调员将与您联系, 安排 IFSP 会议以确定后续步骤。

Ohio 早期干预计划提议为您的孩子和家庭终止一项或多项早期干预服务。

拟议变更详细信息

拟议变更理由

拟议变更日期 (自本日起至少 10 日后)

如果您对此行动有任何疑问, 请尽快与我联系。

早期干预服务提供者名称

早期干预服务提供者联系信息

作为家长, 您可以选择可用的争端解决方式。随函附上一份《Ohio 早期干预家长权利手册》的副本 (可访问 ohioearlyintervention.org/printed-materials 查阅)。如果您有任何疑问, 请联系早期干预服务协调员:

早期干预服务协调员姓名

早期干预服务协调员联系信息

放弃时限 (可选)

我理解并同意放弃我享有的可在变更拟议活动 10 个日历日前收到书面通知之权利。

家长姓名缩写

日期

于 (日期) (姓名/职责)

已向家长提供了本通知和同意书的副本

当面 邮寄信函 电子邮件。

如果此表格由早期干预服务协调员以外的人员完成, 则早期干预服务提供者必须在向家长送达通知后的 5 个日历日内将副本发送给早期干预服务协调员。



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-12

孩子姓名

孩子出生日期

家长姓名

ETID 编号

诊断病情书面记录

我同意将此表格发送给我的医疗专业人员，以获取有关我孩子诊断和发育影响的文件。

家长签名

日期

尊敬的医疗专业人员，根据州和联邦对《身心障碍个人教育促进法案（IDEA）》C部分的资格要求，大多数医疗诊断结果不会导致自动符合早期干预资格。不过，经许可诊断和治疗身体或心理疾病的专业人员若对特定的孩子的病情诊断为可能会导致发育迟缓，随后，早期干预小组将会进行全面评估以确定孩子的早期干预计划需求。**此表格用于确定早期干预资格，所有字段都必须填写。**

请在方框内说明孩子的具体诊断结果。**不得填写**“全面延缓”、“发育延缓”或发育相关忧虑（如“言语问题”）等字眼。

我怀疑这名孩子的病情可能会导致孩子在以下一项或多项领域出现发育迟缓（勾选所有适用项）

沟通

社交/情感

备注（可选）

运动

适应/自理/独立

视觉

认知/问题解决

听觉

其他（请注明）

我**没有**理由认为这名孩子的病情可能会导致发育迟缓。不过，据我所知，家长和孩子仍然有权接受发育评估以确定是否符合早期干预资格。

经许可诊断和治疗身体或心理疾病的专业人员

姓名

许可类型

电话

签名

电子邮件

日期

请将此表格交回给孩子的早期干预服务协调员

早期干预服务协调员姓名

传真号码

电子邮件

仅限早期干预服务协调员使用

表格接收日期



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-13

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

ETID 编号

家长姓名

个性化家庭服务计划（IFSP）会议通知

现在，我们需要开会：

制定临时 IFSP，直到我们完成评估并安排初始 IFSP

审查资格和评估信息，并制定第一份（初始）IFSP

定期审查 IFSP，以确定 IFSP 成果的实现进展情况，以及是否有必要修改或修订 IFSP 确定的成果或早期干预服务

审核评估信息，并制定年度 IFSP

本次 IFSP 会议将包含过渡规划会议

我们同意安排 IFSP 会议

日期

时间

地点

以下早期干预服务提供者也被邀请参加 IFSP 会议。他们也将收到这份通知。

姓名、职责或机构

姓名、职责或机构

姓名、职责或机构

姓名、职责或机构

您已要求邀请以下人员参加 IFSP 会议。他们也将收到这份通知。

姓名、职责或关系

姓名、职责或关系

姓名、职责或关系

姓名、职责或关系

如果您有任何疑问或想要更改此会议的任何内容，请联系我，即您的早期干预服务协调员：

早期干预服务协调员姓名

早期干预服务协调员联系信息



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-14

专业人员转介跟进

当天日期 被转介孩子姓名 孩子出生日期 早期干预计划转介日期

转介孩子的专业人员姓名 机构名称 专业人员或机构联系信息

早期干预计划未获得家长的同意来分享孩子转介状况的信息。请联系该家庭以获得更多信息。

尝试联系家长但未成功。如果您有更新后的家长联系信息，请告诉我们。

家长同意分享以下信息：

家长拒绝了 Ohio 早期干预服务。

孩子已接受发育筛查，且未被发现存在发育迟缓或身心障碍。

孩子符合参与 Ohio 早期干预计划的资格且已经制定 IFSP。

其他：

孩子已经过评估，不符合 Ohio 早期干预计划的资格。

我的服务协调员已告知我有关向早期干预计划披露孩子的转介状况的所有信息，并解释了我作为家长拥有的权利，其中包括同意权。我持有一份《Ohio 早期干预（EI）计划家长权利》手册副本（ohioearlyintervention.org/printed-materials）。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。我理解并同意向做出转介的专业人员披露有关孩子的转介状况的信息。

家长姓名

家长签名

日期

Ohio 早期干预计划对您的转介深表感激！
您随时可以致电 1-800-755-4769 联系 Central Intake 或
访问 www.ohioearlyintervention.org 进行再次转介。



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-15

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

ETID 编号

家长支付早期干预服务费用能力的认定

文件材料（只需一项）

(A) 俄亥俄州 Medicaid 卡

(B) 俄亥俄州 WIC 卡

(C) 家长收入

家长姓名缩写

我了解，提供我的收入信息可以让早期干预服务协调员确定我是否有资格获得其他基于收入的资源。但是，我选择不披露我的财务信息，并理解，根据 OAC 5123-10-03 (D) 规定，我将负责支付超出首批公共资助的 100 个单位的早期干预服务费用。

家长收入： 每周 (52) 每两周 (26) 每月 (12) 每两个月 (24) 家庭人数：_____

工资单日期

总金额

家长收入： 每周 (52) 每两周 (26) 每月 (12) 每两个月 (24) 家庭人数：_____

工资单日期

总金额

家庭收入低于或等于未参保儿童的健康启动 (Healthy Start) 计划资格所要求的水平？
(206% FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> 是 否

我已查看并审核根据 OAC 5123-2-10-03 (D) 规定应该由家长提供的文件材料，并确定家长 无能力 有能力支付相关早期干预服务费用。

早期干预服务协调员姓名

日期

早期干预服务协调员签名

我已审查了用于填写此表格的信息；我的服务协调员向我解释了有关我是否有能力支付早期干预服务费用的认定。我持有一份《俄亥俄州早期干预计划家长权利》手册 (ohioearlyintervention.org/printed-materials)。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。

家长姓名

家长签名

日期



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-16

仅供州政府使用：

EI-16 接收日期：

审查人员：

CMACS 编号：

加入 CMACS 日期：

电子邮件发送日期：

当天日期

孩子姓名

ETID 编号

孩子出生日期

早期干预 (EI) 服务费用支付

家长姓名			家长姓名		
地址			地址		
城市	州	邮政编码	城市	州	邮政编码
社会保险号码	与孩子的关系		社会保险号码	与孩子的关系	
家庭电话号码	工作电话号码		家庭电话号码	工作电话号码	
早期干预服务协调员姓名			早期干预服务协调员电子邮件		

提供者机构名称：

郡：

是否有能力支付？ 是 否

孩子性别： 男 女

家庭是否同意使用公共或私人保险？ 是 (请附上 EI-05) 否

服务是在自然环境中提供的吗？ 是 否

最近一次初始/年度 IFSP 日期：

推荐的 IFSP 早期干预服务 (必要时添加更多页面)

IFSP 类型： 初始 年度 定期

EI-16 重新提交

标记推荐服务	早期干预服务	频率 (即：8 x 45 分钟/180 天)	IFSP 签名 日期	IFSP 结束 日期	仅供州政府使用	
					SVC 类别	单位
<input type="checkbox"/>	评价/评估				43 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/>	
	团队/IFSP 会议				EICAT1	
<input type="checkbox"/>	言语/喂食职业疗法				ST	
<input type="checkbox"/>	言语				THER	
<input type="checkbox"/>	职业疗法 (OT)					
<input type="checkbox"/>	物理疗法 (PT)					
附上报价？ <input type="checkbox"/>	辅助性技术					
<input type="checkbox"/>	未列出的早期干预服务：					

仅供州政府注释



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

表格 EI-17

当天日期 孩子姓名 孩子出生日期 ETID 编号

特殊医疗费用工作表

家长姓名: _____

家长收入: 每周 (52) 每两周 (26) 每月 (12) 每半个月 (24) 家庭人数: _____

工资单日期 _____

总金额 _____

家长收入: 每周 (52) 每两周 (26) 每月 (12) 每半个月 (24) 家庭人数: _____

工资单日期 _____

总金额 _____

年收入总额: _____

家庭收入超过联邦贫困线 (FPL) 210-401% 或以上的计算方式参见
<https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>。

年收入总额 x 特殊医疗费用 = 自付医疗费用

我根据由美国卫生和公共服务部 (Department of Health and Human Services (DHHS)) 确定并在联邦公报中公布的最新联邦贫困线计算了预期的自付医疗费用, 并已向家长分享了这些信息。DCY 将使用此信息来最终确定家庭的特殊医疗费用。

早期干预服务协调员姓名 日期

早期干预服务协调员签名



**Department of
Children & Youth**
Help Me Grow Early Intervention