

---

本日の日付

お子様のお名前

お子様の生年月日

ETID番号

---

## 発達スクリーニングの書面による事前通知ならびに同意書

発達スクリーニングはお子様に発育遅延の疑いがある場合、それを判定するために行います。スクリーニングにおいては、保護者であるあなた、およびあなたが選択するその他の人からの情報収集、および発達の全領域を網羅するスクリーニング・ツールの利用などを行います。お子様の観察を行う場合もあります。スクリーニングの結果に関わらず、いつでも発達評価を申請することができます。スクリーニングの少なくとも10日前までに、書面による通知が届くことになっています。

担当のサービス・コーディネーターは発達スクリーニングに関する全情報を知らせ、同意を与える権利を含む保護者の権利について説明しました。私はOhio州早期介入 (Early Intervention (EI)) における保護者の権利に関するパンフレット ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials))を持っています。EIについて苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。私は、子供の発達スクリーニングについて理解し同意します。私の同意は任意であり、いつでも取り消せることを理解しています。

### タイムラインの権利放棄 (任意)

提案された活動の10暦日前に書面による事前通知を受領する権利を放棄することを理解し合意します。

---

保護者のイニシャル

日付

---

保護者の氏名

保護者の署名

日付



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention



# 書式EI-03

本日の日付

お子様の氏名

お子様の生年月日

保護者の氏名

ETID番号

## 適格性判定に関する書面による事前通知

お子様の年齢

調整後の年齢 (該当する場合)

適格性決定日

### 照会の理由

### 適格性の状態

- あなたのお子様は、発達の遅れをもたらす可能性が高いと診断された身体的または精神的状態により、**Ohio州早期介入 (Early Intervention (EI)) の資格があります。**

診断された状態：

診断を確認するために使用された文書：

(\*診断された疾病が理由でお子様にEIの資格がある場合、このページの残りの部分と2ページ目は記入不要です)

- あなたのお子様は、EI評価チームが \*\* を介して判断したように、発達の遅れがあるため**Ohio州早期介入 (Early Intervention(EI)) の資格があります。**

評価ツールのスコア、または以下の分野について得られた情報に基づく臨床的所見

表現的コミュニケーション       社会的/情緒的       細かい運動能力       適応力

受容的コミュニケーション       認知       大きな運動能力

- あなたのお子様はOhio州早期介入(Early Intervention ((EI))の対象ではありません。** お子様を多分野からなるチームが評価した結果、評価の点数とチームの臨床的意見に基づき、発達の遅れは見られないと判断しました。 \*\*

### 適格性の判断に用いられる方法

完了日

(\*\* 発達の遅れによりその子供が適格である場合、または対象外である場合のみ記入してください)

- 医療記録、教育記録、その他の記録を通じたお子様の生育歴の確認
- 親/家族との面接を通じたお子様の生育歴の確認
- 観察
- 評価ツール
  - Barley乳幼児発達検査
  - Battelle発達記録
- 聴覚チェックリスト
- 視覚チェックリスト
- その他 (任意) :

---

---

---

---

---

---

---

---

## 評価結果の要約

### 多分野評価のチームメンバー

評価者名：

電話番号：

メールアドレス：

専門分野：

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発達専門家     | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士     |
| <input type="checkbox"/> プリK/K教育者  | <input type="checkbox"/> 作業療法士     |
| <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー | <input type="checkbox"/> 理学療法士     |
| <input type="checkbox"/> 視力専門医     | <input type="checkbox"/> 看護師       |
| <input type="checkbox"/> 聴力専門医     | <input type="checkbox"/> その他：_____ |

評価者名：

電話番号：

メールアドレス：

専門分野：

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発達専門家     | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士     |
| <input type="checkbox"/> プリK/K教育者  | <input type="checkbox"/> 作業療法士     |
| <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー | <input type="checkbox"/> 理学療法士     |
| <input type="checkbox"/> 視力専門医     | <input type="checkbox"/> 看護師       |
| <input type="checkbox"/> 聴力専門医     | <input type="checkbox"/> その他：_____ |

評価者名：

電話番号：

メールアドレス：

専門分野：

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発達専門家     | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士     |
| <input type="checkbox"/> プリK/K教育者  | <input type="checkbox"/> 作業療法士     |
| <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー | <input type="checkbox"/> 理学療法士     |
| <input type="checkbox"/> 視力専門医     | <input type="checkbox"/> 看護師       |
| <input type="checkbox"/> 聴力専門医     | <input type="checkbox"/> その他：_____ |

**お子様がOhio州早期介入を受ける資格がある場合：**

Ohio州EIは、保護者と共に個別家族支援計画（IFSP）を作成することを提案するものです。この計画には、「成果」（または目標）、およびその成果を達成するために必要な早期介入サービスも含まれます。保護者の子供にOhio州EIの資格があると判断された場合、EIサービスを開始または変更する少なくとも10暦日前に書面による事前通知が届くことになっています。このサービスは、IFSPミーティングの中で、ご家族の計画に加わるものです。希望があれば、IFSPのセクション6により、EIサービス開始の前に10暦日を置くよう求める権利を放棄することができます。

担当のEIサービス・コーディネーターは、保護者と相談して、IFSPミーティングの日程を決めます。

サービスコーディネーター名

電話番号

メールアドレス

**お子様がOhio州の早期介入の対象外である場合：**

これはすなわち、お子様が、同年齢の子供達と同等の能力と行動を示していることを意味します。

Ohio州EIは、この通知の日付から10日以内にお子様がEIシステムを終了させることを提案します。担当の評価チームは、以下の欄に、お子様の発達を促進するための推奨事項や、ご家族にとって有益と思われる地域社会の支援やリソースについて説明しています。

保護者として、あなたには紛争解決の選択肢があります。EIにおける保護者の権利に関するパンフレットを同封します。これらの結果についてご質問や反対意見がある場合は、担当のEIサービスコーディネーターまでお問い合わせ下さい。3歳までのお子様の発達について新たな懸念がある場合にも、サービス・コーディネーターに問い合わせることができます。

サービスコーディネーター名

電話番号

メールアドレス

役立つと思われる地域社会での支援とリソース

お子様の発達を促進するアイデアと提案

# 書式 EI-04 個別家族支援計画 (IFSP)



IFSP の種 類と日付	<input type="checkbox"/> 初回 _____	<input type="checkbox"/> 定期 _____	<input type="checkbox"/> 定期 _____
	<input type="checkbox"/> 年次 _____	<input type="checkbox"/> 定期 _____	<input type="checkbox"/> TPC _____

ETID 番号

## セクション 1: お子様と家族の情報

お子様の名	姓	ニックネーム	生年月日
お子様との会話で使用する言語	通訳は必要ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	お子様の人種ならびに民族性	お子様の居住地の学区
保護者の氏名	住所	お子様と同居していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
実の親または養父母でない場合のお子様との関係	電話番号: 携帯 (C)、自宅 (H)、職場 (W)		
メールアドレス	ご希望の連絡方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> テキスト	希望する連絡時間帯	
保護者の氏名	住所	お子様と同居していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
実の親または養父母でない場合のお子様との関係	電話番号: 携帯 (C)、自宅 (H)、職場 (W)		
メールアドレス	ご希望の連絡方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> テキスト	ご希望の連絡時間帯	

### その他の重要な家族情報

(ご家族の文化、精神的信条、生活様式など、チームに知っておいてほしいことを何でもお書きください。)

## セクション 2: 早期介入サービス・コーディネーター情報

担当の早期介入 (EI) サービス・コーディネーターは、EI参加期間中において以下の活動実施に関する単一の窓口となります。活動には以下が含まれます。

- EIにおける権利についての説明と保証
- お子様の初期適格性を調整する
- 保護者からの要請を含め、必要な期間内に個別家族支援計画 (IFSP) ミーティングを調整する
- 機能的で保護者の懸念や優先事項を反映する成果の実現に向けてIFSPチームを支援する
- 必要なEIサービスを特定し、獲得し、資金調達し、モニタリングするのを支援する
- 必要とする希望の支援やリソースを見つけ、その利用につなげるのを支援する
- 3歳になるまでに、移行計画の策定を促進する

EI サービス・コーディネーターの氏名	電話番号	メールアドレス
機関名	責任者氏名および連絡先	

## セクション 3：お子様とご家族の評価

完了日：

\_\_\_\_\_

**お子様の評価**

\_\_\_\_\_

**家族志向評価：**

お子様とご家族の評価を行うにあたり、評価チームはさまざまな情報源から情報を収集しました。以下のページに要約されている情報は、お子様とご家族のニーズに対応するための成果を開発し、ストラテジーや活動を特定するための基礎となります。

**お子様の評価活動として、以下が実施または確認されているはずです。**

**完了日**

- 適格性に関する書類の確認
- 医療記録、教育記録、その他の記録を通じたお子様の生育歴の確認
- 親／家族との面接を通じたお子様の生育歴の確認
- 子供に固有の長所とニーズを完全に理解するために、保護者、家族、その他の人々から情報を収集する
- 家族の日常生活や活動の中で、お子様の機能レベルを確認する
- 聴覚チェックリスト
- 視覚チェックリスト
- その他（任意）：

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

### 子供の生育履の概要

これは、出生歴、在胎期間、病状または診断、疾病、入院、投薬、視力および聴力の状態/検査、摂食/栄養状態、その他の発達情報など、保護者との面接や医療記録、教育記録、その他の記録から得られた関連情報をまとめたものです。

お子様の氏名

生年月日：

ETID 番号：

### 日々の活動と日課の概要

お子様と過ごす一日のうちで、最も楽な時間、または最も楽しい時間

活動／日課	誰が関与していますか？	その活動や日常がうまくいく要因は何ですか？

お子さんと過ごす一日の中で、最も困難な時間またはイライラする時間

活動／日課	誰が関与していますか？	その活動／日課を困難にしているものは何ですか？

### お子様の発達の概要

子どもたちは、3つの機能領域でスキルを習得します。これは「3つの子ども成果」として知られています。(1) 望ましい社会情動的スキルの発達、(2) 知識とスキルの習得と活用、そして(3) 彼らのニーズに応えるための適切な行動を取ることです。担当チームが、観察、家族との面接、お子様の記録の確認を通じて得た情報と、家族の活動や日課へのお子様の参加について共有された情報をまとめました。お子様の現在の発達レベルに関するこれらの要約は、同年齢の子供と比較して、お子様個人の長所とニーズを表しています。このリンクでは、[「3つの子ども成果」](#)の各機能的スキルの内容に関する詳細を提供しています。

お子様の氏名

生年月日：

ETID 番号：

## 望ましい社会情動的スキルの発達

こちらの概要は、お子様がお子様ご家族やその他の大人や子供たちと交流したり遊んだりする様子をまとめたものです。これには、(1) 家族に愛情を示す、(2) 自分の名前や他の人の名前を理解して使う、(3) 挨拶や別れを伝える、(4) 親しい／見知らぬ大人や仲間と遊ぶ、(5) おもちゃの所有権を表明し、他の人と共有する、(6) 動揺した時に感情を表し、落ち着く、(7) いないいないばあ、歌、ダンス、ごっこ遊び、順番を守るなどの社会的ルールやゲームに参加することが含まれます。

---

**年次 IFSP および終了時向け** - お子様は、直近の「子供の成果の概要」評価以降、望ましい社会情動的スキルの発達に関連する新しいスキルや行動を示しましたか？

はい  いいえ

**子供の成果の概要 (COS) の評価文** - 同年齢の子供と比較して、お子様は：

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> この分野では、かなり年下の子供に期待されるスキルを使う。                            | <input type="checkbox"/> 年齢相応のスキルを使うこともある。この分野では、年下の子供並みのスキルをより多く持っている。 |
| <input type="checkbox"/> 年齢相応のスキルの発達に必要な、いくつかの初期スキルを使う。この分野では、年齢相応のスキルをまだ使っていない。 | <input type="checkbox"/> 多くの年齢相応のスキルを使う。この分野では、年下の子供並みのスキルを少し持っている。     |
| <input type="checkbox"/> 年齢相応のスキルの発達に必要な、多くの初期スキルを使う。この分野では、年齢相応のスキルをまだ使っていない。   | <input type="checkbox"/> この分野で期待されるスキルを使う。ただし、懸念材料がある。                  |
|  | <input type="checkbox"/> この分野で期待されるすべてのスキルを使う。                          |
-

お子様の氏名

生年月日：

ETID 番号：

## 知識とスキルの習得と活用

こちらの概要は、お子様がどのように遊び、新しいことを学び、自分が知っていることを他の人に伝えるかをまとめたものです。これには、(1) 他人を観察して学ぶ、(2) 問題解決、(3) 新しい情報の分析、(4) 目的を持って遊ぶ、(5) 本を「読む」、(6) 指示の理解、(7) 身振り、言葉、しぐさを使って他の人に世界のことを伝えたり質問に答えたりすることが含まれます。

---

**年次 IFSP および終了時向け** - お子様は、直近の「子供の成果の概要」評価以降、知識とスキルの習得と活用に関連する新しいスキルや行動を示しましたか？

はい  いいえ

**子供の成果の概要 (COS) の評価文** - 同年齢の子供と比較して、お子様は：

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> この分野では、かなり年下の子供に期待されるスキルを使う。                            | <input type="checkbox"/> 年齢相応のスキルを使うこともある。この分野では、年下の子供並みのスキルをより多く持っている。 |
| <input type="checkbox"/> 年齢相応のスキルの発達に必要な、いくつかの初期スキルを使う。この分野では、年齢相応のスキルをまだ使っていない。 | <input type="checkbox"/> 多くの年齢相応のスキルを使う。この分野では、年下の子供並みのスキルを少し持っている。     |
| <input type="checkbox"/> 年齢相応のスキルの発達に必要な、多くの初期スキルを使う。この分野では、年齢相応のスキルをまだ使っていない。   | <input type="checkbox"/> この分野で期待されるスキルを使う。ただし、懸念の余地がある。                 |
|  | <input type="checkbox"/> この分野で期待されるすべてのスキルを使う。                          |
-

お子様の氏名

生年月日：

ETID 番号：

## ニーズに応える適切な行動を取る

こちらの概要は、お子様が目的を持って動き、自分自身の面倒を見ようとし、自分の欲しいものや必要なものを伝える様子をまとめたものです。これには、(1) 場所の移動、(2) 飲食、(3) 衣服の着脱への取り組み、(4) 昼寝や夜の睡眠、(5) 入浴、おむつ、トイレへの取り組み、(6) 安全に関する指示に従う、(7) 自分の欲求やニーズを他人に伝えることが含まれます。

---

**年次 IFSP および終了時向け** - お子さんは、直近の「子供の成果の概要」評価以降、ニーズに応じた適切な行動を取る ことに関連する新しいスキルや行動を示しましたか？  はい  いいえ

**子供の成果の概要 (COS) の評価文** - 同年齢の子供と比較して、お子様は：

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> この分野では、かなり年下の子供に期待されるスキルを使う。                            | <input type="checkbox"/> 年齢相応のスキルを使うこともある。この分野では、年下の子供並みのスキルをより多く持っている。 |
| <input type="checkbox"/> 年齢相応のスキルの発達に必要な、いくつかの初期スキルを使う。この分野では、年齢相応のスキルをまだ使っていない。 | <input type="checkbox"/> 多くの年齢相応のスキルを使う。この分野では、年下の子供並みのスキルを少し持っている。     |
| <input type="checkbox"/> 年齢相応のスキルの発達に必要な、多くの初期スキルを使う。この分野では、年齢相応のスキルをまだ使っていない。   | <input type="checkbox"/> この分野で期待されるスキルを使う。ただし、懸念の余地がある。                 |
|  | <input type="checkbox"/> この分野で期待されるすべてのスキルを使う。                          |
-

お子様の氏名

生年月日：

ETID 番号：

## 家族志向評価（FDA）の概要

**FDA の実施者：** \_\_\_\_\_

### 家族の懸念

こちらの概要は、お子様／ご家族が日常行動や活動の中で体験する懸念、困難、または課題で、EI チームの取り組みが役に立つ可能性のある事柄をまとめたものです。

### 家族向けリソース

こちらの概要は、人、活動、プログラム、組織など、お子様／ご家族を支援するためのリソースと、現在は利用していないが利用したい、または有益と思われるリソースをまとめたものです。

### 家族の優先事項

こちらの概要は、早期介入サービスの結果として、あなたがお子様／ご家族に身につけて欲しいと思う具体的なスキル、活動、またはリソースをまとめたものです。

お子様の氏名

生年月日：

ETID 番号：

## セクション 4：お子様と家族の成果

本セクションでは、達成したい事柄に基づいて子供または家族の成果を特定し、その成果を達成するための手順を示します。成果は、子供と家族のアセスメントの際に、家族の日常生活についてあなたが共有した情報に基づいています。IFSP の各成果は、誰にでも理解しやすい言葉で書かれ、それがいつ達成されたかがチーム全員にわかるよう、十分な詳細が書かれている必要があります。成果は、EI の支援とサービスの結果、あなたがご家族の活動の中で起こることを望む事柄に基づいていなければなりません。

成果番号：	この子供が取り組む成果：	<input type="checkbox"/> 望ましい社会的関係の構築	<input type="checkbox"/> 新しいスキルと知識の習得と活用	<input type="checkbox"/> 自分のニーズを満たすために行動する	この家族が取り組む成果：	<input type="checkbox"/> 家族の幸福、家族の参加、または情報
成果の追加日：						

成果：

この成果に関して、今何が起きていますか。

ストラテジー：誰がいつ行うかも含め、どのような手順や活動が IFSP 成果の達成に役立ちますか？

この成果の達成に役立つ現在利用可能なサポート（公式および自然のもの、EI 提供のサービス以外も含む）。

**この成果の再検討：** IFSP の再検討は少なくとも半年ごとに行う必要がありますが、それより早く行われる場合もあります。あなたは、IFSP の再検討をいつでも要請できます。

再検討結果：

再検討日： \_\_\_\_\_

成果を達成       成果を継続       結果を修正       成果はもはや優先事項ではない

この成果に影響を与える新たな懸念または出来事：

この成果の達成に向けた進展：

更新されたストラテジー：

お子様の氏名

生年月日：

ETID 番号：

## セクション4：お子さんとご家族の成果

本セクションでは、達成したい事柄に基づいて子供または家族の成果を特定し、その成果を達成するための手順を示します。成果は、子供と家族のアセスメントの際に、家族の日常生活についてあなたが共有した情報に基づいています。IFSPの各成果は、誰にでも理解しやすい言葉で書かれ、それがいつ達成されたかがチーム全員にわかるよう、十分な詳細が書かれている必要があります。成果は、EIの支援とサービスの結果、あなたがご家族の活動の中で起こることを望む事柄に基づいていなければなりません。

成果番号：	この子供が取り組む成果：	<input type="checkbox"/> 望ましい社会的関係の構築	<input type="checkbox"/> 新しいスキルと知識の習得と活用	<input type="checkbox"/> 自分のニーズを満たすために行動する	この家族が取り組む成果：	<input type="checkbox"/> 家族の幸福、家族の参加、または情報
成果の追加日：						

成果：

この成果に関して、今何が起きていますか。

ストラテジー：誰がいつ行うかも含め、どのような手順や活動がIFSP成果の達成に役立ちますか？

この成果の達成に役立つ現在利用可能なサポート（公式および自然のもの、EI提供のサービス以外も含む）。

**この成果の再検討：** IFSPの再検討は少なくとも半年ごとに行う必要がありますが、それより早く行われる場合もあります。あなたは、IFSPの再検討をいつでも要請できます。

再検討結果：

再検討日： \_\_\_\_\_

成果を達成  成果を継続  結果を修正  成果はもはや優先事項ではない

この成果に影響を与える新たな懸念または出来事：

この成果の達成に向けた進展：

更新されたストラテジー：

お子様の氏名

生年月日：

ETID 番号：

## セクション4：お子様とご家族の成果

本セクションでは、達成したい事柄に基づいて子供または家族の成果を特定し、その成果を達成するための手順を示します。成果は、子供と家族のアセスメントの際に、家族の日常生活についてあなたが共有した情報に基づいています。IFSPの各成果は、誰にでも理解しやすい言葉で書かれ、それがいつ達成されたかがチーム全員にわかるよう、十分な詳細が書かれている必要があります。成果は、EIの支援とサービスの結果、あなたがご家族の活動の中で起こることを望む事柄に基づいていなければなりません。

成果番号：	この子供が取り組む成果：	<input type="checkbox"/> 望ましい社会的関係の構築	<input type="checkbox"/> 新しいスキルと知識の習得と活用	<input type="checkbox"/> 自分のニーズを満たすために行動する	この家族が取り組む成果：	<input type="checkbox"/> 家族の幸福、家族の参加、または情報
成果の追加日：						

成果：

この成果に関して、今何が起きていますか？

ストラテジー：誰がいつ行うかも含め、どのような手順や活動がIFSP成果の達成に役立ちますか？

この成果の達成に役立つ現在利用可能なサポート（公式および自然のもの、EI提供のサービス以外も含む）。

**この成果の再検討：** IFSPの再検討は少なくとも半年ごとに行う必要がありますが、それより早く行われる場合もあります。あなたは、IFSPの再検討をいつでも要請できます。

再検討結果：

再検討日： \_\_\_\_\_

成果を達成  成果を継続  結果を修正  成果はもはや優先事項ではない

この成果に影響を与える新たな懸念または出来事：

この成果の達成に向けた進展：

更新されたストラテジー：



お子様の氏名

生年月日：

ETID 番号：

**移行の成果の再検討：** IFSP の再検討は少なくとも半年ごとに行う必要がありますが、それより早く行われる場合もあります。あなたは、IFSP の再検討をいつでも要請できます。

**子供の移行の成果に関する再検討結果：**

**再検討日：** \_\_\_\_\_

- 成果を達成       成果を継続       結果を修正       成果はもはや優先事項ではない

**家族の移行の成果に関する再検討結果：**

- 成果を達成       成果を継続       結果を修正       成果はもはや優先事項ではない

**成果に影響を与える新たな懸念または出来事：**

**これらの成果の達成に向けた進展：**

**更新されたストラテジー、手順、活動：**

お子様の氏名

生年月日：

ETID 番号：

## セクション 6：早期介入サービス

早期介入サービスは、一次サービス提供者（PSP）または二次サービス提供者（SSP）によって提供されます。PSP は、成果を支持し、お子様の学習と発達を促進するために、すべての訪問でご家族を直接支援し、サービスを提供します。SSP は、合同訪問を通して、IFSP の成果に関して PSP と家族を定期的に支援します。合同訪問は、PSP とご家族のニーズに基づいて、必要な頻度で行われます。担当の提供者だけでなく、ご家族のサポートに対応する EI 提供者の全チームをいつでもご利用いただけます。

利用可能なすべての情報を使用して、IFSP チームが成果の達成を支援する以下の EI サービスを特定しました。

IFSP の日付：

EI サービスの種類	方法	場所	頻度	期間の長さ	提供機関	資金源	予定開始日*	予定終了日	成果番号
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 新サービス		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 新サービス		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 新サービス		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 新サービス		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> 新サービス		

方法：対面（P）、技術（T）

場所：自宅（H）、コミュニティ（C）、その他（O）

\*この IFSP 会議から 10 日以内に、新規サービスまたはサービスの変更が見込まれる場合は、IFSP のセクション 8 にある「タイムラインの権利放棄」を参照してください。

EI サービスを自然な環境で提供できない理由の説明：

サービスを自然な環境に移行するために、EI サービス・コーディネーターと家族が取的手段（予定日を含む）：

必要だがまだ設定されていない EI サービス：

必要な EI サービスを設定するために、EI サービス・コーディネーターが取的手段：

適時のサービス受領  
(TRS) 期限： \_\_\_\_\_

お子様の氏名

生年月日：

ETID 番号：

## セクション7：チームの参加

この IFSP の策定に対するあなたの貴重な貢献に加えて、以下の人々が資格判定、アセスメント、および/または IFSP の策定に参加しました。

EI サービス・コーディネーターの氏名：

電話番号：

メールアドレス：

<p><b>氏名：</b></p> <p>電話番号：</p> <p>メールアドレス：</p> <p>役割： <input type="checkbox"/> 評価者/査定者 <input type="checkbox"/> 提供者</p>	<p><b>専門分野：</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発達専門家</td> <td><input type="checkbox"/> 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> プリ K/K 教育者</td> <td><input type="checkbox"/> 作業療法士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー</td> <td><input type="checkbox"/> 理学療法士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 視力専門医</td> <td><input type="checkbox"/> 看護師</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 聴力専門医</td> <td><input type="checkbox"/> その他：</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 発達専門家	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> プリ K/K 教育者	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 視力専門医	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 聴力専門医	<input type="checkbox"/> その他：
<input type="checkbox"/> 発達専門家	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士										
<input type="checkbox"/> プリ K/K 教育者	<input type="checkbox"/> 作業療法士										
<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 理学療法士										
<input type="checkbox"/> 視力専門医	<input type="checkbox"/> 看護師										
<input type="checkbox"/> 聴力専門医	<input type="checkbox"/> その他：										
<p><b>氏名：</b></p> <p>電話番号：</p> <p>メールアドレス：</p> <p>役割： <input type="checkbox"/> 評価者/査定者 <input type="checkbox"/> 提供者</p>	<p><b>専門分野：</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発達専門家</td> <td><input type="checkbox"/> 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> プリ K/K 教育者</td> <td><input type="checkbox"/> 作業療法士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー</td> <td><input type="checkbox"/> 理学療法士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 視力専門医</td> <td><input type="checkbox"/> 看護師</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 聴力専門医</td> <td><input type="checkbox"/> その他：</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 発達専門家	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> プリ K/K 教育者	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 視力専門医	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 聴力専門医	<input type="checkbox"/> その他：
<input type="checkbox"/> 発達専門家	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士										
<input type="checkbox"/> プリ K/K 教育者	<input type="checkbox"/> 作業療法士										
<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 理学療法士										
<input type="checkbox"/> 視力専門医	<input type="checkbox"/> 看護師										
<input type="checkbox"/> 聴力専門医	<input type="checkbox"/> その他：										
<p><b>氏名：</b></p> <p>電話番号：</p> <p>メールアドレス：</p> <p>役割： <input type="checkbox"/> 評価者/査定者 <input type="checkbox"/> 提供者</p>	<p><b>専門分野：</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発達専門家</td> <td><input type="checkbox"/> 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> プリ K/K 教育者</td> <td><input type="checkbox"/> 作業療法士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー</td> <td><input type="checkbox"/> 理学療法士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 視力専門医</td> <td><input type="checkbox"/> 看護師</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 聴力専門医</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 発達専門家	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> プリ K/K 教育者	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 視力専門医	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 聴力専門医	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 発達専門家	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士										
<input type="checkbox"/> プリ K/K 教育者	<input type="checkbox"/> 作業療法士										
<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 理学療法士										
<input type="checkbox"/> 視力専門医	<input type="checkbox"/> 看護師										
<input type="checkbox"/> 聴力専門医	<input type="checkbox"/> その他										
<p><b>氏名：</b></p> <p>電話番号：</p> <p>メールアドレス：</p> <p>役割： <input type="checkbox"/> 評価者/査定者 <input type="checkbox"/> 提供者</p>	<p><b>専門分野：</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発達専門家</td> <td><input type="checkbox"/> 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> プリ K/K 教育者</td> <td><input type="checkbox"/> 作業療法士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー</td> <td><input type="checkbox"/> 理学療法士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 視力専門医</td> <td><input type="checkbox"/> 看護師</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 聴力専門医</td> <td><input type="checkbox"/> その他：</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 発達専門家	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> プリ K/K 教育者	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 視力専門医	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 聴力専門医	<input type="checkbox"/> その他：
<input type="checkbox"/> 発達専門家	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士										
<input type="checkbox"/> プリ K/K 教育者	<input type="checkbox"/> 作業療法士										
<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 理学療法士										
<input type="checkbox"/> 視力専門医	<input type="checkbox"/> 看護師										
<input type="checkbox"/> 聴力専門医	<input type="checkbox"/> その他：										

その他の参加者氏名

役割/家族との関係

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## セクション 8: EI サービスに関する事前書面通知と同意

### 保護者の同意

私は、この IFSP に記載されている早期介入サービスの提供に同意します。私は、この IFSP の策定に参加し、この IFSP に記載された早期介入サービスの提供に関するすべての情報を十分に知らされ、理解しています。私は Ohio 州早期介入における保護者の権利に関するパンフレットを持っており、同意の付与に関する私の権利を理解しています。早期介入について苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。

私は、Ohio 州早期介入 (EI) サービス提供者が、私の家族と子供に提供される EI サービスの開始 (着手) または変更を推奨・提案した場合、サービスの開始または変更の少なくとも 10 日前に、書面による事前通知を受け取る必要があることを理解しています。私は、この IFSP が提案された早期介入サービスに関する書面による事前通知を構成していること、およびサービスの開始または変更に関する詳細が IFSP のセクション 6 に記載されていることを理解しています。この IFSP 会議の前に、書式 EI-11 を使用して終了が提案されたサービスについては、書面による追加の事前通知は必要ありません。

#### タイムラインの権利放棄 (任意)

私は、EI サービスを変更または開始する 10 日前に、書面による通知を受け取る権利を放棄することを理解し、これに同意します。

\_\_\_\_\_  
保護者のイニシャル

\_\_\_\_\_  
日付

\_\_\_\_\_  
保護者の氏名

\_\_\_\_\_  
保護者の署名

\_\_\_\_\_  
日付

\_\_\_\_\_  
保護者の氏名

\_\_\_\_\_  
保護者の署名

\_\_\_\_\_  
日付

### EI サービス・コーディネーターおよび提供者の同意

私たちは、成果がご家族の優先順位と懸念を反映し、EI サービスがそれらの成果を支持するものであることを認識しています。私たちは、できる限り、お子さんの日常活動への参加と学習を手助けするご家族の能力を支えるように、この IFSP を実施することに同意します。

\_\_\_\_\_  
氏名

\_\_\_\_\_  
専門分野

\_\_\_\_\_  
署名

\_\_\_\_\_  
日付

# 書式 EI-05

本日の日付

子供の氏名

生年月日

ETID 番号

## 早期介入サービスへの保険利用の同意

### 私的保険の利用

担当サービス・コーディネーターは「支払制度」の規則を説明し、早期介入サービスへの支払に私的保険を利用する際に発生しうる潜在的なコスト（例えば、自己負担金、免責金額、保険料、年間または生涯健康保険の補償上限に起因する給付の損失などの長期的コスト）について説明しました。潜在的なコストと私の権利について、書面による通知を受け取りました。私的保険の利用に同意する際、私が支払可能であると判定された場合には、IFSP の 1 年間における早期介入サービスの最初の 100 ユニットに対する自己負担金と免責金額を州が支払うことを理解しています。支払不可能であると判定された場合、早期介入サービスの全ユニットの自己負担金と免責金額を、州が支払うものとします。

私は、早期介入 (EI) サービスの料金を私的保険に請求することに同意します。  はい  いいえ  私的保険に加入していません

第一次保険証券番号	開始日	終了日
-----------	-----	-----

健康保険会社名	被保険者の氏名
---------	---------

第二次保険証券番号	開始日	終了日
-----------	-----	-----

健康保険会社名	被保険者の氏名
---------	---------

保護者の氏名

保護者の署名

日付

### 公的保険の使用

担当サービス・コーディネーターは、早期介入制度の支払規則について説明しました。私の権利について書面による通知を受領し、メディケイド給付金を EI サービスに利用することによる潜在的なコストがないことを理解しています。

請求を目的として、IFSP の早期介入サービス提供者と州のメディケイド機関に私の子供の個人特定可能情報（子供を特定するために使用される情報）を共有することに同意します。

はい  いいえ  私の子供はディケイド保険に加入していません

メディケイド受領者／請求番号

保護者の氏名

保護者の署名

日付



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# 書式 EI-06

本日の日付

お子様の氏名

生年月日

ETID 番号

## 情報開示または交換に関する同意

保護者であるあなたは、お子様の早期介入（EI）記録のいかなる部分も入手することができます。EI 記録とは、連邦法の個別障害者教育法パート C の下で、収集・維持・使用される、さお様に関連する全記録を指します。

学区と共有される氏名、生年月日、連絡先を除き、お子様の EI 情報は、あなたの許可なく EI システム外のいかなる個人または機関とも共有されることはありません。許可がある場合は、情報は口頭または書面で共有されます。あなたは、どの情報を共有したいか、または共有したくないかを定めることができます。情報の開示または交換を許可する際に、本文書の写しが当該機関または個人に発行されます。一部の限定的な理由により、保護者の同意は必要ありません。そのような理由については、保護者の権利に関するパンフレットを参照してください。

私は、Ohio 州早期介入が下記に対して開示または交換することに同意します。氏名および/または機関：

連絡先（わかる場合）：

私の子供/私に関する以下の情報：

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 個別家族支援計画（IFSP） | <input type="checkbox"/> 資格判定の結果 |
| <input type="checkbox"/> EI 事例メモ        | <input type="checkbox"/> EI の全記録 |
| <input type="checkbox"/> その他（具体的に）      | <input type="text"/>             |

以下の方法で：

- |                                      |                             |   |                               |
|--------------------------------------|-----------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 電話/テキスト/ビデオ | <input type="checkbox"/> 対面 | <input type="checkbox"/> E メール/ファックス/デジタルアップロード | <input type="checkbox"/> 紙の記録 |
|--------------------------------------|-----------------------------|---|-------------------------------|

情報の開示または交換の目的は、以下を支援することです。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ohio 州 EI の資格判定 | <input type="checkbox"/> EI からプリスクールや他のコミュニティプログラムへの移行 |
| <input type="checkbox"/> IFSP の作成        | <input type="checkbox"/> 子供のサービスと進歩                    |
| <input type="checkbox"/> その他（具体的に）       | <input type="text"/>                                   |

情報の開示または交換について制限がある場合は、説明してください。

本同意の有効機関：

- |  |                      |    |                      |
|--|----------------------|----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 子供の 3 歳の誕生日まで | <input type="text"/> |    |                      |
| <input type="checkbox"/> から            | <input type="text"/> | まで | <input type="text"/> |

担当サービス・コーディネーターまたは EI 提供者は、情報の開示または交換に関する全情報を私に知らせ、同意の付与を含む保護者の権利について説明しました。私は Ohio 州早期介入（EI）における保護者の権利に関するパンフレット ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) を持っています。EI について苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。私は、私の子供に関する情報の開示または交換について理解し、同意します。私は、情報交換に同意しても、早期介入機関以外の他の機関が情報開示のために独自の文書を求める場合があることを理解しています。

保護者の氏名

保護者の署名

日付

本文書を EI サービス・コーディネーター以外の人が記入する場合、EI 提供者は、同意の署名日から 5 日以内に、その写しを EI サービス・コーディネーターに送付する必要があります。



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

# 書式 EI-07

---

本日の日付

お子様の氏名

生年月日

ETID 番号

---

## 移行計画会議（TPC）への同意

お子様が3歳になり、早期介入サービスを終了する前に移行計画会議を持つことは、早期介入から3歳で受けられる可能性のあるサービスやサポートへ移行する際に、どのように支援するかを計画するのに役立ちます。この会議は、お子様の3歳の誕生日の9か月前から遅くとも90日前までに、実施しなければなりません。この会合を予定する前に、あなたとEIチームは、この会合に招待したい他の参加者（地域サービス提供者を含む）を特定することができます。

TPCを予定することに同意します。

TPCを予定することに同意しません。

---

お子様が就学前特別支援教育サービスを受ける資格がある場合、お住まいの地域の学区がそのサービスを提供する責任を負います。学区の担当者を招き、「パートB」特別支援教育就学前資格の決定プロセスについて説明を受けることは有益です。この会合には、他の地域サービス提供者も招待されることがあります。

学区の担当者を私のTPCに招待することに同意します。

学区の担当者を私のTPCに招待することに同意しません。

---

あなたとEIチームが、お子様は就学前特別支援教育サービスを受ける資格がないと思う場合、または学区を招待したくない場合は、他の地域サービス提供者を潜在的なリソースとして特定し、移行計画会議の予定を組むことができます。

---

保護者の氏名

保護者の署名

日付



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

---

本日の日付

お子様の氏名

生年月日

ETID番号

---

## 地域の教育機関ならびにオハイオ州教育省（ODE）にお子様を照会することに関する同意

Ohio州早期介入（EI）は最近、お子様の照会を受けました。EIは誕生から3歳までの発育遅延と障害がある子供のプログラムであり、EIがお子様の適格性を判定するには3歳に近付き過ぎています。しかし、お子様に発育遅延または障害の可能性があると考えられる場合、Part B個別障害者教育法の下で、就学前特別教育サービスの適格性がある可能性があります。

照会のため、学区にご自身で問い合わせることも可能です。

照会のためEIに学区へ連絡を取ってもらいたい場合、あなたの同意を得る必要があります。同意をいただいた上で、私共は、この書式を使って、あなたの連絡先およびお子様の氏名と生年月日を、教育を担当する学区ならびにODEWに伝えます。

私の連絡先と子供の氏名が地域の学区ならびにODEWと共有されることについて、十分に情報を得て理解しました。私は、本書式とともに、Ohio州早期介入(Early Intervention, (EI))における保護者の権利に関するパンフレット([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials))を受け取りました。EIについて苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。EIが子供の氏名、生年月日、および連絡先を、学区およびODEWへ提供することに同意します。

---

保護者の氏名

---

保護者の署名

---

日付

---

保護者の住所

---

保護者のメールアドレス

---

保護者の電話番号

---

保護者の都市、州、郵便番号

\*本照会が完了したのを確認するため、保護者の署名を得た上で、署名済みの本書式を電子Eメールにて [EI@childrenandyouth.ohio.gov](mailto:EI@childrenandyouth.ohio.gov) に必ず送信してください。



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# 書式EI-10

本日の日付

お子様の氏名

生年月日

ETID番号

保護者の氏名

## 終了についての書面による事前通知

Ohio州早期介入 (Early Intervention (EI))は、あなたとお子様に対するEIサービスの終了を提案します。Ohio州EIはお子様の記録の写しを、9歳の誕生日まで保持します。あなたはお子様の記録を見直すまたは申請する権利を有しています。Ohio州早期介入は、以下の理由から、お子様によるEIシステムの利用を、この通知から10暦日目以降に終了することを提案します。

- お子様のスクリーニングを行い、発育遅延または障害の疑いがないずれもありませんでした。EIサービス・コーディネーターにいつでも評価を申請することができます。
- 必要な評価または査定が完了していません。
- お子様はEIサービスの適格性要件を満たしていません。
- お子様がおハイオ州外に引っ越しました。
- お子様のIFSP成果が達成され、担当チームは追加のIFSP成果が必要ないと決定しました。
- あなたから、今はEIサービスに興味がなくなった、またはEIサービスに参加できなくなったとの連絡を受けました。
- 私共はあなたと連絡が取れませんでした。EIサービスを受けることにまだご関心がある場合は、この通知から10暦日以内にEIサービス・コーディネーターにご連絡ください。
- お子様は、3歳になる前にPart BサービスのIEPへと移行しました。

終了予定日:

コメント:

保護者として、あなたには紛争解決の選択肢があります。EIにおける保護者の権利に関するパンフレット ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) を同封します。早期介入サービスを受けることにまだ関心をお持ちの場合、または終了の理由が明確でない、もしくは正しくないと思う場合は、私にお問い合わせ下さい。

EIサービス・コーディネーターの氏名

EIサービス・コーディネーターの連絡先

**お子様の成長記録は [www.helpmegrow.org/ASQ](http://www.helpmegrow.org/ASQ) から行えます。お子様が3歳になる前であれば、いつでも再度の照会をすることができます。それを行うには、Central Intake (1-800-755-4769) に問い合わせるか、[www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org) にアクセスしてください。**



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# 書式EI-11

本日の日付

お子様の氏名

生年月日

ETID番号

保護者の氏名

## サービスの提案された変更に関する書面による事前通知

Ohio州の早期介入 (Early Intervention (EI))サービスは、個別家族支援計画 (Individualized Family Service Plan (IFSP))プロセスを通じて決定されます。これらのサービスに関する書面による事前通知は、IFSPミーティングの際にIFSP書式を通じて行います。ただし、Ohio州のEIサービス提供者が、IFSPミーティングの前にEIサービスを終了することを提案する場合は、そのEIサービスを終了する少なくとも10暦日前に、事前に書面で通知が来ることになっています。担当のサービス・コーディネーターから連絡があり、次のステップを決定するためのIFSPミーティングの日程を設定します。

Ohio州の早期介入について、お子様とご家族に対し、1つまたは複数のEIサービスの終了を提案します。

提案済みの変更詳細

変更を提案した理由

変更を提案した日 (本日から10日目以降)

この措置について質問がある場合、できるだけ早く私に連絡してください。

EIサービス提供者の氏名

EIサービス提供者の連絡先情報

保護者として、あなたには紛争解決の選択肢があります。Ohio州早期介入における保護者の権利に関するパンフレット ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) を同封します。何かご質問がある場合は、担当EIサービス・コーディネーターまでお問い合わせ下さい。

EIサービス・コーディネーターの氏名

EIサービス・コーディネーターの連絡先情報

### タイムラインの権利放棄 (任意)

提案された活動の10暦日前に書面による事前通知を受領する権利を放棄することを理解し同意します。

保護者のイニシャル

日付

(日付)  (氏名/職務)

本通知と同意書のコピーを保護者に提供しました。

対面  郵送  メール

この書式をEIサービス・コーディネーター以外が記入した場合、EI提供者は保護者に通知を提供してから5暦日以内に、写しをEIサービス・コーディネーターに送らなければなりません。



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

# 書式EI-12

本日の日付

お子様の氏名

生年月日

ETID番号

## 診断された状態の記録

私は、子供の診断および発達への影響に関する文書を得るために、この書式が私のかかりつけの医療専門家に送付されることに同意します。

保護者の署名

日付

医療専門家各位- 障害者教育法 (Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)) パートCに基づく州ならびに連邦の適格性要件により、医学的診断の多くは、自動的に早期介入 (EI) の適格性を有するとする判定とはなりません。しかし、精神的または身体的な状態の診断または治療の免許を有する専門家は、特定の子供について診断された状態が発育遅延につながる可能性が高いと判定する場合があります。その後、EIチームはその子供にとって必要なプログラムを判定するための総合査定を実施します。EIの適格性をこの書式を使用して判定するためには、すべての欄に記入いただく必要があります。

お子様に関する具体的な診断内容を欄内に記載して下さい。「全般的発達遅滞」、「発育遅延」、および「発語の問題」などの発達上の懸念事項は記載しないでください。

この子供の医学的状態は、少なくとも次の発達領域の1つ以上で発育遅延となる可能性が高いことが疑われます (当てはまるものすべてにチェック)。

コミュニケーション

社会性/感情的

コメント (任意)

運動能力

適応性/身辺自立/自立性

視覚

認知/問題解決

聴覚

その他 (具体的に)

この子供の医学的状態について、発育遅延となる可能性を認める理由がありません。ただし、保護者と子供には適格性判定のため発達評価を受ける権利が依然としてあることを理解しています。

## 精神的または身体的な状態の診断および治療を行う免許を有する専門家

氏名

免許の種類

電話番号

署名

メールアドレス

日付

## この書式を、担当の早期介入サービス・コーディネーターに返送して下さい

EIサービス・コーディネーター名

ファックス番号

メールアドレス

EIサービス・コーディネーターのみ使用可

書式受領日



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

# 書式EI-13

本日の日付

お子様の氏名

生年月日

ETID番号

保護者の氏名

## 個別家族支援計画 (Individualized Family Service Plan (IFSP)) ミーティングの通知

ミーティングで以下を行う時期です。

- 査定を完了できる時までに中間IFSPを作成し、「初期」IFSPを計画します。
- 適格性および査定情報を見直し、最初の（「初期」）IFSPを作成します。
- IFSPで明らかになった成果の達成に向けた進捗、成果の変更または修正の必要性、あるいはIFSPで明らかになった早期介入サービスの必要性について判定するため、IFSPの定期見直しを実施します。
- 査定情報を見直し、年次のIFSPを作成します。
- このIFSPミーティングには移行計画会議も含まれます。

私共は、以下のとおりIFSPミーティングの予定を立てることについて同意しました。

日付	時間	場所
----	----	----

以下の早期介入サービス提供者がIFSPミーティングに招かれています。当該提供者に対して本通知の写しが送られます。

氏名、職務、または機関	氏名、職務、または機関
氏名、職務、または機関	氏名、職務、または機関

以下の人に、IFSPミーティングへの参加を呼び掛けるよう、あなたから要請がありました。その人々に対し、本通知の写しが送られます。

氏名、職務または関係	氏名、役割または関係
氏名、職務または関係	氏名、役割または関係

ミーティングについて質問がある場合、または何か変更したい場合は、担当EIサービス・コーディネーターである私までご連絡下さい。

EIサービス・コーディネーターの氏名	EIサービス・コーディネーターの連絡先
--------------------	---------------------



Department of Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

# 書式EI-14

## 専門家による照会のフォローアップ

本日の日付 \_\_\_\_\_ 照会されたお子様の氏名 \_\_\_\_\_ お子様の生年月日 \_\_\_\_\_ EIプログラムの照会日 \_\_\_\_\_

子どもを紹介した専門家の名前 \_\_\_\_\_ 機関名 \_\_\_\_\_ 専門家または機関の連絡先 \_\_\_\_\_

- 子供の照会状況について情報を共有することについて、保護者はEIプログラムに同意を与えていません。詳細情報については、家族にお問い合わせ下さい。
- 数回保護者と連絡を取ろうとしたが、できませんでした。保護者の連絡先を更新した場合は、お知らせ下さい。

保護者は以下の情報を共有することに同意しています。

- 保護者はOhio州の早期介入サービスを辞退しています。  発達スクリーニングが行われましたが、その子供には発達遅滞や障害の可能性がありません。
- その子供はOhio州早期介入の対象であり、IFSPが作成されています。  その他：
- その子供は評価を受けましたが、Ohio州の早期介入を受ける資格がありません。

担当サービス・コーディネーターは、私の子供のEIへの紹介の状況を共有することに関する全情報を知らせ、同意を与えることを含む保護者の権利について説明しました。私はOhio州EIにおける保護者の権利に関するパンフレット ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) を持っています。EIについて苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。私の子供の照会状況に関する情報を、照会を行った専門家と共有することを理解し、同意します。

保護者の氏名 \_\_\_\_\_

保護者の署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

**Ohio州早期介入は照会に感謝しています！**  
**Central Intake (1-800-755-4769) に連絡するか、**  
**[www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org)にアクセスすることで、**  
**いつでも再度の照会ができます。**



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# 書式 EI-15

本日の日付

孩子姓名

生年月日

ETID 番号

## 早期介入サービスへの保護者の支払能力判定

### 必要書類 (1 つだけ提出)

(A) Ohio 州メディケイドカード

(B) Ohio 州 WIC カード

(C) 保護者の収入

保護者の  
イニシヤル

私は、所得情報を提供することで、EI サービス・コーディネーターが、所得に基づく他のリソースを受ける資格が私にあるかどうかを判断することを理解しています。しかし、私が自分の財務情報を共有しないことを選択した場合、OAC 5123-10-03 (D)に従い、公的資金で賄われる最初の 100 ユニット以降の早期介入サービス費用を支払う責任があることを理解しています。

保護者の収入：  週払い (52)  隔週払い (26)  月払い (12)  隔月払い (24) 家族の人数： \_\_\_\_\_

給料日

総額

保護者の収入：  週払い (52)  隔週払い (26)  月払い (12)  隔月払い (24) 家族の人数： \_\_\_\_\_

給料日

総額

総年収：

ご家族の収入は、無保険の子供を対象としたヘルシースタート (Healthy Start) の受給資格と同等またはそれ以下ですか？ (連邦貧困レベルの 206%) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>  はい  いいえ

私は、OAC 5123-2-10-03 (D)に従い、保護者から提出された書類を見て検討した上で、当該保護者は早期介入サービス料金の支払が  不可能  可能であると判断しました。

EI サービス・コーディネーターの氏名

日付

EI サービス・コーディネーターの署名

私は、本文書の記入のために使用した情報を確認し、EI サービスへの支払が可能か不可能かの判定について、担当サービスコーディネーターから説明を受けました。私は、Ohio 州早期介入システムの支払パンフレット ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](https://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) のコピーを持っています。EI について苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。

保護者の氏名

保護者の署名

日付



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

# 書式EI-16

州による使用に限定：

EI-16を受領済み：  
 レビュー担当者：  
 CMACS番号：  
 CMACSに入力：  
 メール送信：

本日の日付 \_\_\_\_\_ 子供の氏名 \_\_\_\_\_

ETID番号 \_\_\_\_\_ お子様の生年月日 \_\_\_\_\_

## 早期介入サービスに対する支払い

保護者の氏名			保護者の氏名		
住所			住所		
市	州	郵便番号	市	州	郵便番号
社会保障番号	子供との関係		社会保障番号	子供との関係	
自宅電話番号	勤務先電話番号		自宅電話番号	勤務先電話番号	
EIサービス・コーディネーターの氏名			EIサービス・コーディネーターのメールアドレス		

提供機関名：	郡：
支払い能力ありなし？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	子供の性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
家族は公的保険または民間保険の使用に同意したか？ <input type="checkbox"/> 同意した (EI-05を添付してください) <input type="checkbox"/> 同意していない	
サービスは自然環境の中で提供されるか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	直近の初回または年次IFSP実施日：

### 推奨されるIFSP早期介入サービス (必要であればページを追加して下さい)

IFSPのタイプ： 初回  年次  定期的  EI-16 再提出

推薦されるものに マークしてください。 サービス	EIサービス	頻度 (例：45分×8回/180日)	IFSP署名 日付	IFSP終了 日付	州による使用に限定	
					SVC カテゴリー	単位
<input type="checkbox"/>	評価/査定				43 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/>	
	チーム/IFSPミーティング				EICAT1	
<input type="checkbox"/>	発語/OT摂食療法				ST	
<input type="checkbox"/>	発語				THER	
<input type="checkbox"/>	OT					
<input type="checkbox"/>	PT					
引用元は添付され ているか？ <input type="checkbox"/>	支援技術					
<input type="checkbox"/>	EIサービスが列挙されてい ない：					

州による注記に限定



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# 書式EI-17

本日の日付

子供の氏名

生年月日

ETID番号

## 特別医療費ワークシート

保護者の氏名： \_\_\_\_\_

保護者の収入：  週払い (52)  隔週払い (26)  月払い (12)  隔月払い (24) 家族の人数： \_\_\_\_\_

送金票日付 \_\_\_\_\_

総額 \_\_\_\_\_

保護者の収入：  週払い (52)  隔週払い (26)  月払い (12)  隔月払い (24) 家族の人数： \_\_\_\_\_

送金票日付 \_\_\_\_\_

総額総額 \_\_\_\_\_

総年収： \_\_\_\_\_

世帯収入の計算は210~401%以上。連邦貧困レベル (Federal Poverty Level (FPL)) は <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> を参照して下さい。

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_  
総年収 EME 医療費自己負担分

米国保健福祉省が決定し、連邦官報に掲載した一番最近の連邦貧困基準により、医療費自己負担分を算出・予測し、この情報を保護者と共有しました。DCYは同情報を、世帯で特別医療費の最終決定のために使用します。

\_\_\_\_\_

EIサービス・コーディネーターの氏名

\_\_\_\_\_

日付

\_\_\_\_\_

EIサービス・コーディネーターの署名



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention