

शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी प्रारम्भिक जाँचका लागि पूर्व लिखित सूचना तथा सहमति

तपाईंको बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकासमा ढिलाइ भइरहेको त छैन भनी पत्ता लगाउन शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी प्रारम्भिक जाँच (स्क्रीनिङ) गरिन्छ । यस प्रारम्भिक जाँचअन्तर्गत तपाईं अर्थात् अभिभावक र तपाईंले रोज्नुभएको अर्को व्यक्ति(हरू) बाट जानकारी सङ्कलन गर्ने र विकासका सबै क्षेत्रहरूलाई समेट्ने प्रारम्भिक जाँचसम्बन्धी विधिहरू प्रयोग गर्ने कार्यहरू पर्दछन् । यसमा तपाईंको बच्चाको अवलोकन पनि समावेश हुन सक्छ । प्रारम्भिक जाँचको नतीजा जेसुकै आए तापनि तपाईं शारीरिक तथा मानसिक विकासको मूल्याङ्कनका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । प्रारम्भिक जाँच गर्नुअघि कम्तीमा पनि 10 क्यालेन्डर दिनअघि तपाईंलाई अनिवार्य रूपमा लिखित सूचना पठाइनुपर्छ ।

मेरा सेवा संयोजकले मलाई शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी प्रारम्भिक जाँचबारे सम्पूर्ण जानकारी दिनुका साथै सहमति दिने विषयलगायत अभिभावकको रूपमा मेरा अधिकारहरूको बारेमा बुझाउनुभएको छ । मसँग Ohio Early Intervention (EI) सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक ब्रोसुरको प्रति रहेको छ (ohioearlyintervention.org/printed-materials) । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु । म आफ्नो बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी प्रारम्भिक जाँचबारे बुझ्दछु र सोका लागि आफ्नो सहमति प्रदान गर्दछु । मेरो सहमति स्वैच्छिक हो र यसलाई जुनसुकै बेला पनि फिर्ता लिन सकिन्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु ।

समयमै सूचना प्राप्त गर्ने अधिकारको त्याग (ऐच्छिक)

म प्रस्तावित क्रियाकलापभन्दा 10 क्यालेन्डर दिनअघि लिखित सूचना प्राप्त गर्ने आफ्नो अधिकार त्याग्न सहमत छु ।

अभिभावक(हरू) को

मिति

अभिभावकको नाम(हरू)

अभिभावकको हस्ताक्षर(हरू)

मिति



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी मूल्याङ्कन तथा जाँचहरूका लागि पूर्व लिखित सूचना तथा सहमति

कुनै पुष्टियोग्य चिकित्सकीय अवस्था नभएको बेला तपाईंको बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न एक वा सोभन्दा बढी विशेषज्ञ सम्मिलित प्रारम्भिक सहायता (EI) टोलीले **शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी मूल्याङ्कन** गर्छ ।

पारिवारिक दिनचर्या र क्रियाकलापहरूमा तपाईंको बच्चाको सहभागिताबारे बुझ्न समान्यतया मूल्याङ्कनकै समयमा **तपाईंको बच्चाको जाँच** पनि गरिन्छ । जाँच तथा मूल्याङ्कनमा निम्न कार्यहरू पर्छन्:

- तपाईं खुलासा गर्न सहमत हुनुभएको मेडिकल रेकर्ड लगायतका सम्बन्धित रेकर्डहरूको समीक्षा गर्ने
- तपाईंको बच्चाको अवलोकन गर्ने
- दैनिक दिनचर्या र क्रियाकलापहरूमा तपाईंको बच्चाको सहभागितासहित तपाईंको बच्चाको विकासका बारेमा तपाईंबाट जानकारी लिने
- तपाईंको बच्चाको सञ्चार, घुलमिल हुने/आफ्नो स्याहार आफै गर्ने, सामाजिक/भावनात्मक, बोध गर्ने/सोच्ने/समस्या समाधान गर्ने, मांसपेशी चलाउने/हँडडुल गर्ने, दृष्टि र श्रवणसम्बन्धी विकासको बारेमा जानकारी प्रदान गर्ने जाँच तथा मूल्याङ्कनका विधिहरू प्रयोग गर्ने

परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कनको बेला तपाईंले आफ्ना दैनिक क्रियाकलापहरूमा आफ्नो बच्चालाई सफलतापूर्वक संलग्न गराउनका लागि आफ्ना **चिन्ता** र **प्राथमिकताहरू** साझा गर्नुहुन्छ । तपाईंले आफ्नो बच्चाको विकासमा सहायता गर्नमा सहयोगका लागि तपाईंसँग भएका वा तपाईंलाई आवश्यक पर्न सक्ने सम्भावित **स्रोतसाधनहरू**का बारेमा छलफल गर्नुहुन्छ ।

तपाईंको बच्चा योग्य हुने कुरा निश्चित छ भने तपाईंको बच्चाको जाँच तथा मूल्याङ्कन र परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कनबाट प्राप्त जानकारीलाई व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना तयार गर्न र तपाईं तथा तपाईंको बच्चालाई सहयोग गर्न कुन-कुन EI सेवाहरू आवश्यक छन् भनेर निर्धारण गर्न प्रयोग गरिन्छ । जाँच तथा मूल्याङ्कन गर्नुअघि कम्तीमा पनि 10 दिनअगाडि तपाईंलाई अनिवार्य रूपमा लिखित सूचना पठाउनु पर्नेछ ।

हामी निम्न कार्यहरू गर्न प्रस्ताव गर्छौं (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):

- शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी मूल्याङ्कन** गरेर प्रारम्भिक सहायता सेवाका लागि तपाईंको बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्ने ।
- शारीरिक तथा मानसिक विकासको जाँच** गरेर तपाईंको बच्चाका सबल पक्ष र आवश्यकताहरू पहिचान गर्ने ।
- परिवार निर्देशित मूल्याङ्कन**द्वारा तपाईंको बच्चाको विकासलाई सहायता प्रदान गर्नेसँग सम्बन्धित तपाईंको चिन्ता, प्राथमिकता र स्रोतसाधनहरू पहिचान गर्ने

मेरा सेवा संयोजकले मलाई आफ्नो बच्चाको मूल्याङ्कन तथा/वा जाँचका साथै परिवार-निर्देशित

समयमै सूचना प्राप्त गर्ने अधिकारको त्याग
(ऐच्छिक)

म प्रस्तावित क्रियाकलापभन्दा 10 दिनअगाडि लिखित सूचना प्राप्त गर्ने आफ्नो अधिकार त्याग्ने कुरा बुझ्दछु र यसमा सहमत छु ।

अभिभावक(हरू) को
नाम र थरको प्रथमाक्षर

मिति

मूल्याङ्कनबारे सम्पूर्ण जानकारी दिनुका साथै सहमति दिने विषयलगायत अभिभावकको रूपमा मेरा अधिकारहरूको बारेमा बुझाउनुभएको छ । मसँग Ohio Early Intervention सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक ब्रोसरको प्रति रहेको छ (ohioearlyintervention.org/printed-materials) । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु । मेरो बच्चालाई EI प्रणालीमा सेवा प्रदान गर्नका लागि अनिवार्य रूपमा योग्यता निर्धारण गरिएको हुनुपर्छ र मेरो बच्चाको जाँच पूरा भएको हुनुपर्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु । परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कनका बारेमा मेरो निर्णयले मेरो बच्चाको EI सेवाहरू प्राप्त गर्ने योग्यतामा असर गर्दैन भन्ने कुरा पनि म बुझ्दछु । मेरो सहमति स्वैच्छिक हो र यसलाई जुनसुकै बेला पनि फिर्ता लिन सकिन्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु ।

म _____ मेरो बच्चाको मूल्याङ्कन _____ मेरो बच्चाको जाँच _____ परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कन गर्न सहमति प्रदान गर्दछु ।
(प्रथमाक्षर) (प्रथमाक्षर) (प्रथमाक्षर)

अभिभावकको नाम(हरू)

अभिभावकको हस्ताक्षर(हरू)

मिति



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

अभिभावकको नाम(हरू)

ETID नम्बर

योग्यता निर्धारणसम्बन्धी पूर्व लिखित सूचना

बच्चाको उमेर

समायोजित उमेर (लागू हुने भएमा)

योग्यता निर्धारणको मिति

रिफरलका लागि कारण(हरू)

योग्यताको स्थिति

- तपाईंको बच्चा विकाससम्बन्धी ढिलाइ गराउने उच्च सम्भावना भएको निदान गरिएको शारीरिक वा मानसिक अवस्थाको कारणले गर्दा Ohio Early Intervention (EI) का लागि योग्य छन् । *

निदान गरिएको अवस्था: _____

निदान पुष्टि गर्न प्रयोग गरिएको कागजात: _____

(* यदि तपाईंको बच्चा निदान गरिएको अवस्थाका कारण EI का लागि योग्य छन् भने यो पृष्ठ र पृष्ठ 2 को बाँकी भाग भरिने छैन)

- तपाईंको बच्चा EI मूल्याङ्कन टोलीद्वारा निर्धारण गरिएअनुसार निम्नमार्फत विकाससम्बन्धी ढिलाइका कारण Ohio Early Intervention (EI) का लागि योग्य छन् **

निम्न क्षेत्र(हरू) मा मूल्याङ्कनको उपकरणमा भएका स्कोरहरू वा सुसूचित चिकित्सकीय राय:

- व्यक्त गर्ने सञ्चार सामाजिक/भावनात्मक फाइन मोटर घुलमिल हुने (घुलनशील)
 ग्रहणशील सञ्चार संज्ञानात्मक ग्रस मोटर

- तपाईंको बच्चा Ohio Early Intervention (EI) का लागि योग्य छैनन् । बहु-विषयक टोलीद्वारा तपाईंको बच्चाको मूल्याङ्कन गरिएको थियो र तपाईंको बच्चाले मूल्याङ्कनका स्कोरहरू र तपाईंको टोलीको चिकित्सकीय रायको आधारमा उनमा कुनै पनि ढिलाइ देखिएन । **

योग्यता स्थिति निर्धारण गर्नका लागि प्रयोग गरिएका विधिहरू

पूरा गरिएको मिति

(** तपाईंको बच्चा विकाससम्बन्धी ढिलाइमार्फत योग्य छन् वा योग्य छैनन् भने मात्र भर्नुहोस्)

- चिकित्सकीय/शैक्षिक/अन्य रेकर्डहरूमार्फत बच्चाको इतिहासको समीक्षा
- अभिभावक/पारिवारिक अन्तरवार्तामार्फत बच्चाको इतिहासको समीक्षा
- अवलोकन
- मूल्याङ्कन उपकरण
 - शिशु र साना बच्चाको विकासको बेले स्केलहरू (Bayley Scales of Infant & Toddler Development)
 - ब्याटेल डेभेलपमेन्टल इन्भेन्टरी (Battelle Developmental Inventory)
- श्रवणसम्बन्धी जाँचसूची
- दृष्टिसम्बन्धी जाँचसूची
- अन्य (ऐच्छिक):

बच्चाको नाम: _____

जन्म मिति: _____

ETID नम्बर: _____

मूल्याङ्कनबाट पत्ता लागेका कुराहरूको सारांश

बहु-विषयक मूल्याङ्कन टोलीका सदस्यहरू

<p>मूल्याङ्कनकर्ताको नाम:</p> <p>फोन नम्बर:</p> <p>इमेल:</p>	<p>विषय:</p> <p><input type="checkbox"/> विकाससम्बन्धी विशेषज्ञ</p> <p><input type="checkbox"/> प्रि-के/के शिक्षक</p> <p><input type="checkbox"/> सोसल वर्कर</p> <p><input type="checkbox"/> दृष्टिसम्बन्धी विशेषज्ञ</p> <p><input type="checkbox"/> श्रवणसम्बन्धी विशेषज्ञ</p> <p><input type="checkbox"/> बोली-भाषा प्याथोलोजिस्ट</p> <p><input type="checkbox"/> अकुपेसनल थेरापिस्ट</p> <p><input type="checkbox"/> शारीरिक थेरापिस्ट</p> <p><input type="checkbox"/> नर्स</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य: _____</p>
<p>मूल्याङ्कनकर्ताको नाम:</p> <p>फोन नम्बर:</p> <p>इमेल:</p>	<p>विषय:</p> <p><input type="checkbox"/> विकाससम्बन्धी विशेषज्ञ</p> <p><input type="checkbox"/> प्रि-के/के शिक्षक</p> <p><input type="checkbox"/> सोसल वर्कर</p> <p><input type="checkbox"/> दृष्टिसम्बन्धी विशेषज्ञ</p> <p><input type="checkbox"/> श्रवणसम्बन्धी विशेषज्ञ</p> <p><input type="checkbox"/> बोली-भाषा प्याथोलोजिस्ट</p> <p><input type="checkbox"/> अकुपेसनल थेरापिस्ट</p> <p><input type="checkbox"/> शारीरिक थेरापिस्ट</p> <p><input type="checkbox"/> नर्स</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य: _____</p>
<p>मूल्याङ्कनकर्ताको नाम:</p> <p>फोन नम्बर:</p> <p>इमेल:</p>	<p>विषय:</p> <p><input type="checkbox"/> विकाससम्बन्धी विशेषज्ञ</p> <p><input type="checkbox"/> प्रि-के/के शिक्षक</p> <p><input type="checkbox"/> सोसल वर्कर</p> <p><input type="checkbox"/> दृष्टिसम्बन्धी विशेषज्ञ</p> <p><input type="checkbox"/> श्रवणसम्बन्धी विशेषज्ञ</p> <p><input type="checkbox"/> बोली-भाषा प्याथोलोजिस्ट</p> <p><input type="checkbox"/> अकुपेसनल थेरापिस्ट</p> <p><input type="checkbox"/> शारीरिक थेरापिस्ट</p> <p><input type="checkbox"/> नर्स</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य: _____</p>

तपाईंको बच्चा Ohio Early Intervention का लागि योग्य भएमा:

Ohio EI ले "परिणामहरू" (वा लक्ष्यहरू) र उक्त परिणामहरू पूरा गर्न आवश्यक पर्ने प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूसहित व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना (Individualized Family Service Plan, IFSP) विकास गर्नका लागि तपाईंसँग काम गर्न प्रस्ताव गर्छ । Ohio EI ले तपाईंको बच्चा योग्य छन् भनी निर्धारण गर्दा EI सेवा सुरु गर्नु वा परिवर्तन गर्नुअघि तपाईंले कम्तीमा पनि दस क्यालेन्डर दिनअघि अनिवार्य रूपमा पूर्व लिखित सूचना प्राप्त गर्नुपर्छ जसलाई IFSP बैठकमा तपाईंको परिवारको योजनामा थपिनेछ । तपाईंले चाहनुभएमा तपाईंले IFSP को खण्ड 6 भित्र EI सेवा सुरु गर्नुअघि दस क्यालेन्डर दिनहरूमा छुट पाउन सक्नुहुनेछ ।

तपाईंको EI सेवा संयोजकले IFSP बैठकको समय निर्धारण गर्न तपाईंसँग काम गर्नुहुनेछ ।

सेवा संयोजकको नाम

फोन नम्बर

इमेल ठेगाना

तपाईंको बच्चा Ohio Early Intervention का लागि योग्य नभएमा:

यसको अर्थ तपाईंको बच्चाले समान उमेरका बालबालिका झैं सीप र व्यवहारहरू देखाइरहेका छन् भन्ने हुन्छ ।

Ohio EI ले तपाईंको बच्चालाई यो सूचना पठाइएको मितिबाट कम्तीमा पनि 10 दिनपछि EI प्रणालीबाट हटाउन प्रस्ताव गर्छ । तलका बाकसहरूमा तपाईंको मूल्याङ्कन टोलीले तपाईंको बच्चाको विकासलाई बढाउनका लागि सिफारिसहरू र तपाईंको परिवारका लागि लाभदायक हुन सक्ने सम्भावित सामुदायिक सहायता तथा स्रोतसाधनहरू उपलब्ध गराएको छ ।

एक अभिभावकको हैसियतले तपाईंसँग विवादको समाधान खोज्ने विकल्पहरू छन् । तपाईंको EI अभिभावकका अधिकारहरूको ब्रोसरको प्रति यससँगै पठाइएको छ । यी परिणामहरूका बारेमा तपाईंका कुनै पनि प्रश्नहरू छन् वा तपाईं यी परिणामहरूसँग सहमत हुनुहुन्न भने कृपया आफ्नो EI सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुहोस् । तपाईंको बच्चा तीन वर्ष पूरा हुनुअघि तपाईंको बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकासका सम्बन्धमा नयाँ चिन्ताका विषयहरू देखिएको खण्डमा पनि तपाईंले आफ्नो सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ ।

सेवा संयोजकको नाम

फोन नम्बर

इमेल ठेगाना

उपयोगी हुन सक्ने सामुदायिक सहायता तथा स्रोतसाधनहरू:

तपाईंको बच्चाको विकास प्रवर्द्धन गर्नका लागि केही विचार तथा सुझावहरू:



फाराम EI-04 व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना (IFSP)

IFSP को प्रकार र मिति प्रारम्भिक वार्षिक आवधिक आवधिक आवधिक TPC

ETID नम्बर

खण्ड 1: बच्चा र परिवारको विवरण

बच्चाको नाम	थर	बोलाउने नाम	जन्म मिति
बच्चासँग बोलिने भाषा	दोभाषे चाहिन्छ ? <input type="checkbox"/> चाहिन्छ <input type="checkbox"/> चाहिन्न	बच्चाको जातीयता	बच्चा बसोबास गर्ने स्कुल डिस्ट्रिक्ट
अभिभावकको नाम	ठेगाना	बच्चा सँगै बस्छन् ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	
जन्म दिने आमा/बुबा वा दत्तकग्राही आमा/बुबा होइन भने बच्चासँगको नाता		फोन नम्बर: सेल (C); घर (H); कार्यालय (W)	
इमेल ठेगाना	उचित सम्पर्क विधि <input type="checkbox"/> कल <input type="checkbox"/> इमेल <input type="checkbox"/> टेक्स्ट	सम्पर्क गर्ने उचित समय	
अभिभावकको नाम	ठेगाना	बच्चा सँगै बस्छन् ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	
जन्म दिने आमा/बुबा वा दत्तकग्राही आमा/बुबा होइन भने बच्चासँगको नाता		फोन नम्बर: सेल (C); घर (H); कार्यालय (W)	
इमेल ठेगाना	उचित सम्पर्क विधि <input type="checkbox"/> कल <input type="checkbox"/> इमेल <input type="checkbox"/> टेक्स्ट	सम्पर्क गर्ने उचित समय	

परिवारको अन्य महत्वपूर्ण जानकारी

(तपाईंलाई आफ्नो परिवारको संस्कृति, आध्यात्मिक आस्था वा बसोबासको व्यवस्थाका बारेमा आफ्नो टोलीले जानोस् भन्ने लागेको कुनै पनि कुरा)

खण्ड 2: प्रारम्भिक सहायता सेवा संयोजकसम्बन्धी जानकारी

तपाईं प्रारम्भिक सहायता (Early Intervention, EI) मा सहभागी हुँदा तपाईंले निम्न कार्यहरूका लागि आफ्नो प्रारम्भिक सहायता सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुपर्ने हुन्छ । उहाँले गर्ने कार्यहरू यसप्रकार छन् -

- प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी तपाईंका अधिकारहरूका बारेमा बुझाउने र ती अधिकारहरू सुनिश्चित गर्ने
- तपाईंको बच्चाको प्रारम्भिक योग्यताका लागि समन्वय गर्ने
- आवश्यक समयभित्र तपाईंले अनुरोध गर्नुभएका बैठकहरूसहित व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना (IFSP) का बैठकहरूको समन्वय गर्ने
- IFSP टोलीलाई व्यावहारिक र तपाईंका चिन्ता तथा प्राथमिकताहरूलाई प्रतिबिम्बित गर्ने लक्ष्यहरूको विकास गर्न सघाउने
- तपाईंलाई आवश्यक प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू पहिचान गर्न, प्राप्त गर्न, आर्थिक स्रोत जुटाउन र निगरानी गर्न सहायता गर्ने
- तपाईंलाई आफ्नो आवश्यकता तथा चाहनाअनुसार अन्य सहायता तथा स्रोतहरू पत्ता लगाउन र सोसँग जोडिन सहायता गर्ने
- तीन वर्षको उमेरअघि नै ट्रान्जिसन योजना बनाउन सहजीकरण गर्ने

EI सेवा संयोजकको नाम	फोन नम्बर	इमेल
निकायको नाम	सुपरिवेक्षकको नाम र सम्पर्क जानकारी	

खण्ड 3: बच्चा र परिवारको मूल्याङ्कन

पूरा गरिएको मिति: _____

बच्चाको मूल्याङ्कन

परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कन

तपाईंको बच्चा र परिवारको मूल्याङ्कनको बेला मूल्याङ्कन टोलीले विभिन्न स्रोतहरूबाट जानकारी सङ्कलन गरेको छ । यस जानकारीलाई निम्न पृष्ठहरूमा संक्षिप्त रूपमा दिइएको छ र यो तपाईंको बच्चा तथा परिवारका आवश्यकताहरू सम्बोधन गर्ने लक्ष्यहरूको विकास र रणनीति तथा क्रियाकलापहरूको पहिचानको आधार हुनेछ ।

निम्न बाल मूल्याङ्कनका क्रियाकलापहरू अनिवार्य रूपमा सञ्चालन वा समीक्षा गरिएको हुनुपर्छ

पूरा गरिएको मिति

- योग्यताका कागजातहरूको समीक्षा
- चिकित्सकीय/शैक्षिक/अन्य रेकर्डहरूमाफत बच्चाको इतिहासको समीक्षा
- अभिभावक/पारिवारिक अन्तरवार्तामाफत बच्चाको इतिहासको समीक्षा
- बच्चाका विशिष्ट सफल पक्ष र आवश्यकताहरूको पूर्ण क्षेत्र बुझ्नका लागि स्याहारकर्ता, परिवारका सदस्य र/वा अरूहरूबाट जानकारी सङ्कलन गर्ने
- तपाईंको परिवारका दैनिक दिनचर्या र क्रियाकलापहरूभित्र बच्चाको कार्यक्षमताको स्तरको पहिचान
- श्रवणसम्बन्धी जाँचसूची
- दृष्टिसम्बन्धी जाँचसूची
- अन्य (ऐच्छिक):

बच्चाको इतिहासको सारांश

यो अभिभावकको अन्तरवार्ता र चिकित्सकीय, शैक्षिक वा जन्मको इतिहास, गर्भावस्थाको अवधि, चिकित्सकीय समस्या वा निदान, बिमारी, अस्पताल भर्ना, औषधि, दृष्टि र श्रवणको स्थिति/स्क्रिनिङ, खानपिन/पोषणसम्बन्धी आवश्यकताहरू र विकाससम्बन्धी अन्य जानकारीलगायतका अन्य रेकर्डहरूमाफत प्राप्त सान्दर्भिक जानकारीको सारांश हो ।

बच्चाको नाम: _____ जन्म मिति: _____ ETID नम्बर: _____

दैनिक दिनचर्या र कार्यतालिकाहरूको सारांश

तपाईंको बच्चासँग दिनको सबैभन्दा सहज वा सबैभन्दा आनन्दित समयहरू

क्रियाकलाप/दिनचर्या	को समावेश हुन्छ ?	क्रियाकलाप/दिनचर्यालाई के कुराले राम्रो बनाउँछ ?

तपाईंको बच्चासँग सबैभन्दा चुनौतीपूर्ण वा निराशाजनक समयहरू

क्रियाकलाप/दिनचर्या	को समावेश हुन्छ ?	क्रियाकलाप/दिनचर्यालाई के कुराले चुनौतीपूर्ण बनाउँछ ?

तपाईंको बच्चाको विकासको समीक्षा

बालबालिकाले तीनवटा कार्यात्मक क्षेत्रमा सीपहरू विकास गर्छन्, जसलाई बच्चाका तीनवटा लक्ष्य भनिन्छ: (1) सकारात्मक साजामिक-भावनात्मक सीपहरूको विकास गर्ने; (2) ज्ञान तथा सीपहरू प्राप्त गर्ने र तिनको प्रयोग गर्ने; र (3) आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न उपयुक्त कदम चाल्ने । तपाईंको टोलीले अवलोकन, परिवारको अन्तर्वाता, तपाईंको बच्चाका रेकर्डहरूको समीक्षा र तपाईंले परिवारका क्रियाकलाप तथा दिनचर्याहरूमा तपाईंको बच्चाको सहभागिताका बारेमा तपाईंले साझा गर्नुभएको जानकारीमार्फत जानकारी सङ्कलन गरेको छ । तपाईंको बच्चाको हालको विकासका स्तरका सारांशहरूले समान उमेरका साथीहरूको सम्बन्धमा तपाईंको बच्चाका व्यक्तिगत सबल पक्ष र आवश्यकताहरू देखाउँछ । यो लिङ्कले [बच्चाका तीनवटा लक्ष्य](#)मध्ये प्रत्येकका लागि कार्यात्मक सीप विभाजनमा थप जानकारी उपलब्ध गराउँछ ।

बच्चाको नाम: _____ जन्म मिति: _____ ETID नम्बर: _____

सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक सीपहरू विकास गर्ने

यो तपाईंका बच्चाले परिवार, अन्य वयस्क व्यक्ति र अन्य बालबालिकासँग कसरी अन्तर्क्रिया गर्छन् र कसरी खेल्छन् भन्ने कुराको सारांश हो । यसमा उनीहरूले कसरी (1) परिवारका सदस्यहरूलाई स्नेह देखाउँछन्, (2) आफ्ना नाम र अरूका नाम बुझ्छन् तथा प्रयोग गर्छन्, (3) अभिवादन र बिदाइ गर्छन्, (4) परिचित तथा अपरिचित वयस्क र साथीहरूसँग खेल्छन्, (5) खेलौनाको स्वामित्व व्यक्त गर्छन् र अरूलाई बाँड्छन्, (6) आफ्ना भावना देखाउँछन् र निराश हुँदा शान्त हुन्छन् र (7) पिक-अ-बु खेल्ने, गीतहरू गाउने, नाच्ने, भूमिका निभाउने खेल्न खेल्ने र पालो लिने जस्ता सामाजिक नियम र खेलहरूमा सहभागी हुन्छन् भन्ने कुराहरू समावेश हुन्छन् ।

वार्षिक IFSP का लागि र बाहिरिने बेलामा - पछिल्लो पटक बच्चाको लक्ष्यसम्बन्धी सारांशको मूल्याङ्कन गरेयता तपाईंको बच्चाले सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक सीपहरू विकास गर्ने कुनै पनि नयाँ सीप वा व्यवहारहरू देखाएका छन् ?

हो होइन

बच्चाको लक्ष्यसम्बन्धी सारांश (COS) रेडिङको कथन - समान उमेरका बच्चाहरूको तुलनामा तपाईंको बच्चाले:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> यस क्षेत्रमा कम उमेरको बच्चाका अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गर्छन् । | <input type="checkbox"/> कहिलेकाहीँ उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गर्छन् । यस क्षेत्रमा उनको कम उमेरको बच्चाभन्दा धेरै सीपहरू हुन्छन् । |
| <input type="checkbox"/> उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू विकास गर्नका लागि आवश्यक केही प्रारम्भिक सीपहरू प्रयोग गर्छन् । उनले अहिलेसम्म यस क्षेत्रमा उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गरिरहेका छैनन् । | <input type="checkbox"/> उमेरअनुसारका धेरै अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गर्छन् । यस क्षेत्रमा उनको कम उमेरको बच्चाका केही सीपहरू छन् । |
| <input type="checkbox"/> उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू विकास गर्नका लागि आवश्यक धेरै प्रारम्भिक सीपहरू प्रयोग गर्छन् । उनले अहिलेसम्म यस क्षेत्रमा उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गरिरहेका छैनन् । | <input type="checkbox"/> हामीले यस क्षेत्रमा अपेक्षा गर्ने सीपहरू प्रयोग गर्छन् । यद्यपि, चिन्ताको सम्भावना रहेको छ । |
| | <input type="checkbox"/> यस क्षेत्रमा हामीले अपेक्षा गर्ने सबै सीपहरू प्रयोग गर्छन् । |

बच्चाको नाम: _____ जन्म मिति: _____ ETID नम्बर: _____

ज्ञान तथा सीपहरू प्राप्त गर्ने र तिनको प्रयोग गर्ने

यो तपाईंको बच्चाको कसरी खेल्छन्, नयाँ कुराहरू कसरी सिक्छन् र अरूसँग आफूलाई थाहा भएको कुरा कसरी सञ्चार गर्छन् भन्ने कुराको सारांश हो । यसमा उनले कसरी (1) अरूको अवलोकन गरेर सिक्छन्, (2) समस्या समाधान गर्छन्, (3) नयाँ जानकारी विश्लेषण गर्छन्, (4) उद्देश्यमूलक खेलमा संलग्न हुन्छन्, (5) किताबहरू "पढ्छन्", (6) निर्देशनहरू बुझ्छन् र (7) अरूलाई संसारका बारेमा बताउन र प्रश्नहरूको जवाफ दिन इशारा, शब्द वा सङ्केतहरू प्रयोग गर्छन् भन्ने कुराहरू पर्दछन् ।

वार्षिक IFSP का लागि र बाहिरिने बेलामा - पछिल्लो पटक बच्चाको लक्ष्यसम्बन्धी सारांशको मूल्याङ्कन गरेयता तपाईंको बच्चाको ज्ञान तथा सीपहरू प्राप्त गरेर प्रयोग गर्नेसँग सम्बन्धित कुनै पनि नयाँ सीप वा व्यवहारहरू देखाएका छन् ?

हो होइन

बच्चाको लक्ष्यसम्बन्धी सारांश (COS) रेडिङको कथन - समान उमेरका बच्चाहरूको तुलनामा तपाईंको बच्चाको:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> यस क्षेत्रमा कम उमेरको बच्चाका अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गर्छन् । | <input type="checkbox"/> कहिलेकाहीँ उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गर्छन् । यस क्षेत्रमा उनको कम उमेरको बच्चाभन्दा धेरै सीपहरू हुन्छन् । |
| <input type="checkbox"/> उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू विकास गर्नका लागि आवश्यक केही प्रारम्भिक सीपहरू प्रयोग गर्छन् । उनले अहिलेसम्म यस क्षेत्रमा उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गरिरहेका छैनन् । | <input type="checkbox"/> उमेरअनुसारका धेरै अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गर्छन् । यस क्षेत्रमा उनको कम उमेरको बच्चाका केही सीपहरू छन् । |
| <input type="checkbox"/> उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू विकास गर्नका लागि आवश्यक धेरै प्रारम्भिक सीपहरू प्रयोग गर्छन् । उनले अहिलेसम्म यस क्षेत्रमा उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गरिरहेका छैनन् । | <input type="checkbox"/> हामीले यस क्षेत्रमा अपेक्षा गर्ने सीपहरू प्रयोग गर्छन् । यद्यपि, चिन्ताको सम्भावना रहेको छ । |
| | <input type="checkbox"/> यस क्षेत्रमा हामीले अपेक्षा गर्ने सबै सीपहरू प्रयोग गर्छन् । |

बच्चाको नाम: _____ जन्म मिति: _____ ETID नम्बर: _____

आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न उपयुक्त कदम चाल्ने

यो तपाईंको बच्चा कसरी जानीजानी चल्छन्, आफ्नो स्याहार गर्नमा मद्दत गर्छन् र आफूले चाहेको तथा आफूलाई आवश्यक परेको कुरा बताउँछन् भन्ने कुराको सारांश हो । यसमा उनी कसरी (1) एक स्थानबाट अर्को स्थानमा जान्छन्, (2) खान्छन् र पिउँछन्, (3) कपडा लगाउन र फुकाल्नमा सघाउँछन्, (4) दिउँसो न्याप लिने समयमा र राति सुत्छन्, (5) नुहाउन, डाइपर फेर्न र शौचालय गर्नमा सघाउँछन्, (6) सुरक्षाका बारेमा निर्देशनहरू पालना गर्छन् र (7) अरूलाई आफ्ना चाहना तथा आवश्यकताका बारेमा सञ्चार गर्छन् भन्ने कुराहरू समावेश छन् ।

वार्षिक IFSP का लागि र बाहिरिने बेलामा - पछिल्लो पटक बच्चाको लक्ष्यसम्बन्धी सारांशको मूल्याङ्कन गरेयता तपाईंको बच्चाले आवश्यकताहरू पूरा गर्न उपयुक्त कदम चाल्दै सम्बन्धित कुनै नयाँ सीप वा व्यवहारहरू देखाएका छन् ?

छ छैन

बच्चाको लक्ष्यसम्बन्धी सारांश (COS) रेटिङको कथन - समान उमेरका बच्चाहरूको तुलनामा तपाईंको बच्चाले:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> यस क्षेत्रमा कम उमेरको बच्चाका अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गर्छन् । | <input type="checkbox"/> कहिलेकाहीँ उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गर्छन् । यस क्षेत्रमा उनको कम उमेरको बच्चाभन्दा धेरै सीपहरू हुन्छन् । |
| <input type="checkbox"/> उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू विकास गर्नका लागि आवश्यक केही प्रारम्भिक सीपहरू प्रयोग गर्छन् । उनले अहिलेसम्म यस क्षेत्रमा उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गरिरहेका छैनन् । | <input type="checkbox"/> उमेरअनुसारका धेरै अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गर्छन् । यस क्षेत्रमा उनको कम उमेरको बच्चाका केही सीपहरू छन् । |
| <input type="checkbox"/> उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू विकास गर्नका लागि आवश्यक धेरै प्रारम्भिक सीपहरू प्रयोग गर्छन् । उनले अहिलेसम्म यस क्षेत्रमा उमेरअनुसारका अपेक्षित सीपहरू प्रयोग गरिरहेका छैनन् । | <input type="checkbox"/> हामीले यस क्षेत्रमा अपेक्षा गर्ने सीपहरू प्रयोग गर्छन् । यद्यपि, चिन्ताको सम्भावना रहेको छ । |
| | <input type="checkbox"/> यस क्षेत्रमा हामीले अपेक्षा गर्ने सबै सीपहरू प्रयोग गर्छन् । |

बच्चाको नाम: _____ जन्म मिति: _____ ETID नम्बर: _____

परिवारद्वारा निर्देशित मूल्याङ्कन (FDA) को सारांश

FDA पूरा गर्ने:

परिवारका चिन्ताहरू

यो EI टोलीले सम्बोधन गर्नका लागि उपयोगी हुने तपाईंको बच्चा र/वा परिवारले दैनिक दिनचर्या तथा क्रियाकलापहरूमा भोग्ने चिन्ता, कठिनाइ वा चुनौतीहरूको सारांश हो ।

पारिवारिक स्रोतहरू

यो तपाईंको बच्चा/परिवारसँग भएका मानिस, क्रियाकलाप, कार्यक्रम वा संस्थाहरूलागत सहायतका लागि उपलब्ध स्रोतहरूका साथै तपाईंसँग हाल नभएका तर चाहेका वा लाभ हुन सक्ने स्रोतहरूको सारांश हो ।

परिवारका प्राथमिकताहरू

यो तपाईंले आफ्नो बच्चा र/वा परिवारले प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूको नतिजास्वरूप प्राप्त गरून् भनेर चाहेका खास सीप, क्रियाकलाप र/वा स्रोतहरूको सारांश हो ।

खण्ड 4: तपाईंको बच्चा र परिवारका लक्ष्यहरू

यस खण्डले तपाईंले हासिल गर्न चाहनुभएका कुराहरूका आधारमा तपाईंको बच्चा र परिवारका लक्ष्यहरूका साथसाथै ती लक्ष्यहरू हासिल गर्न चाल्नुपर्ने कदमहरूको पहिचान गर्दछ । सो लक्ष्य तपाईंले आफ्नो बच्चा र परिवारको मूल्याङ्कन(हरू)को बेला आफ्नो परिवारको दैनिक जीवनका बारेमा साझा गर्नुभएको जानकारीमा आधारित हुन्छ । प्रत्येक IFSP लक्ष्य अनिवार्य रूपमा सबैले सजिलैसँग बुझे शब्दमा र पर्याप्त विवरणका साथमा लेखिएको हुनुपर्छ ताकि यो हासिल भएपछि सम्पूर्ण टोलीलाई थाहा हुनेछ । लक्ष्यहरू तपाईं EI का सहायता र सेवाहरूका नतिजास्वरूप आफ्नो परिवारका क्रियाकलापहरूमा के भएको हेर्न चाहनुहुन्छ भन्ने कुरामा आधारित हुनुपर्छ ।

लक्ष्य नम्बर:	बच्चाको यस लक्ष्यले कुन-कुन कुरालाई सम्बोधन गर्छ:	<input type="checkbox"/> सकारात्मक सामाजिक सम्बन्धहरूको विकास गर्ने	<input type="checkbox"/> नयाँ ज्ञान तथा सीपहरू प्राप्त गर्ने र तिनको प्रयोग गर्ने	<input type="checkbox"/> आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न कदम चाल्ने	परिवारको यस लक्ष्यले कुन-कुन कुरालाई सम्बोधन गर्छ:	<input type="checkbox"/> परिवारको कल्याण, परिवारको सहभागिता वा जानकारी
परिणाम हासिलको मिति:						

परिणाम:

यस परिणामको सम्बन्धमा हाल के भइरहेको छ ?

रणनीतिहरू: IFSP सम्बन्धी लक्ष्य हासिल गर्न हामीलाई के-कस्ता चरण तथा क्रियाकलापहरू र कसले र कहिले मद्दत गर्नेछन् ?

यो लक्ष्य हासिल गर्न मद्दत गर्ने हाल उपलब्ध रहेका सहायताहरू (प्रारम्भिक सहायताले प्रदान नगर्ने सेवाहरूलगायतका औपचारिक तथा प्राकृतिक सहायताहरू) ।

यस लक्ष्यको समीक्षा: कम्तीमा पनि हरेक छ महिनामा अनिवार्य रूपमा IFSP को समीक्षा गर्नुपर्नेछ तर यो समीक्षा सोभन्दा अगाडि पनि गर्न सकिनेछ । तपाईंले जुनसुकै बेला पनि IFSP को समीक्षाका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुनेछ ।

समीक्षाको नतीजा:

समीक्षाको मिति: _____

- लक्ष्य हासिल भयो लक्ष्यलाई जारी राख्ने लक्ष्य संसोधन गर्ने लक्ष्य अब प्राथमिकता होइन

यस लक्ष्यलाई असर गर्ने नयाँ चिन्ता तथा घटनाहरू:

यो लक्ष्य हासिल गर्नेतर्फ भएको प्रगति:

अद्यावधिक गरिएका रणनीतिहरू:

बच्चाको नाम: _____

जन्म मिति: _____

ETID नम्बर: _____

खण्ड 4: तपाईंको बच्चा र परिवारका लक्ष्यहरू

यस खण्डले तपाईंले हासिल गर्न चाहनुभएका कुराहरूका आधारमा तपाईंको बच्चा र परिवारका लक्ष्यहरूका साथसाथै ती लक्ष्यहरू हासिल गर्न चाल्नुपर्ने कदमहरूको पहिचान गर्दछ । सो लक्ष्य तपाईंले आफ्नो बच्चा र परिवारको मूल्याङ्कन(हरू)को बेला आफ्नो परिवारको दैनिक जीवनका बारेमा साझा गर्नुभएको जानकारीमा आधारित हुन्छ । प्रत्येक IFSP लक्ष्य अनिवार्य रूपमा सबैले सजिलैसँग बुझ्ने शब्दमा र पर्याप्त विवरणका साथमा लेखिएको हुनुपर्छ ताकि यो हासिल भएपछि सम्पूर्ण टोलीलाई थाहा हुनेछ । लक्ष्यहरू तपाईं E1 का सहायता र सेवाहरूका नतिजास्वरूप आफ्नो परिवारका क्रियाकलापहरूमा के भएको हेर्न चाहनुहुन्छ भन्ने कुरामा आधारित हुनुपर्छ ।

लक्ष्य नम्बर:	बच्चाको यस लक्ष्यले कुन-कुन कुरालाई सम्बोधन गर्छ: <input type="checkbox"/>	सकारात्मक सामाजिक सम्बन्धहरूको विकास गर्ने <input type="checkbox"/>	नयाँ ज्ञान तथा सीपहरू प्राप्त गर्ने र तिनको प्रयोग गर्ने <input type="checkbox"/>	आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न कदम चाल्ने <input type="checkbox"/>	परिवारको यस लक्ष्यले कुन-कुन कुरालाई सम्बोधन गर्छ: <input type="checkbox"/>	परिवारको कल्याण, परिवारको सहभागिता वा जानकारी <input type="checkbox"/>
परिणाम हालिएको मिति:						

परिणाम:

यस परिणामको सम्बन्धमा हाल के भइरहेको छ ?

रणनीतिहरू: IFSP सम्बन्धी लक्ष्य हासिल गर्न हामीलाई के-कस्ता चरण तथा क्रियाकलापहरू र कसले र कहिले मद्दत गर्नेछन् ?

यो लक्ष्य हासिल गर्न मद्दत गर्ने हाल उपलब्ध रहेका सहायताहरू (प्रारम्भिक सहायताले प्रदान नगर्ने सेवाहरूलगायतका औपचारिक तथा प्राकृतिक सहायताहरू) ।

यस लक्ष्यको समीक्षा: कम्तीमा पनि हरेक छ महिनामा अनिवार्य रूपमा IFSP को समीक्षा गर्नुपर्नेछ तर यो समीक्षा सोभन्दा अगाडि पनि गर्न सकिनेछ । तपाईंले जुनसुकै बेला पनि IFSP को समीक्षाका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुनेछ ।

समीक्षाको नतीजा:

समीक्षाको मिति: _____

- लक्ष्य हासिल भयो लक्ष्यलाई जारी राख्ने लक्ष्य संसोधन गर्ने लक्ष्य अब प्राथमिकता होइन

यस लक्ष्यलाई असर गर्ने नयाँ चिन्ता तथा घटनाहरू:

यो लक्ष्य हासिल गर्नेतर्फ भएको प्रगति:

अद्यावधिक गरिएका रणनीतिहरू:

खण्ड 4: तपाईंको बच्चा र परिवारका लक्ष्यहरू

यस खण्डले तपाईंले हासिल गर्न चाहनुभएका कुराहरूका आधारमा तपाईंको बच्चा र परिवारका लक्ष्यहरूका साथसाथै ती लक्ष्यहरू हासिल गर्न चाल्नुपर्ने कदमहरूको पहिचान गर्दछ । सो लक्ष्य तपाईंले आफ्नो बच्चा र परिवारको मूल्याङ्कन(हरू)को बेला आफ्नो परिवारको दैनिक जीवनका बारेमा साझा गर्नुभएको जानकारीमा आधारित हुन्छ । प्रत्येक IFSP लक्ष्य अनिवार्य रूपमा सबैले सजिलैसँग बुझे शब्दमा र पर्याप्त विवरणका साथमा लेखिएको हुनुपर्छ ताकि यो हासिल भएपछि सम्पूर्ण टोलीलाई थाहा हुनेछ । लक्ष्यहरू तपाईं E1 का सहायता र सेवाहरूका नतिजास्वरूप आफ्नो परिवारका क्रियाकलापहरूमा के भएको हेर्न चाहनुहुन्छ भन्ने कुरामा आधारित हुनुपर्छ ।

लक्ष्य नम्बर:	बच्चाको यस लक्ष्यले कुन-कुन कुरालाई सम्बोधन गर्छ: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> सकारात्मक सामाजिक सम्बन्धहरूको विकास गर्ने	<input type="checkbox"/> नयाँ ज्ञान तथा सीपहरू प्राप्त गर्ने र तिनको प्रयोग गर्ने	<input type="checkbox"/> आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न कदम चाल्ने	परिवारको यस लक्ष्यले कुन-कुन कुरालाई सम्बोधन गर्छ: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> परिवारको कल्याण, परिवारको सहभागिता वा जानकारी
---------------	---	---	---	---	--	--

परिणाम:

यस परिणामको सम्बन्धमा हाल के भइरहेको छ ?

रणनीतिहरू: IFSP सम्बन्धी लक्ष्य हासिल गर्न हामीलाई के-कस्ता चरण तथा क्रियाकलापहरू र कसले र कहिले मद्दत गर्नेछन् ?

यो लक्ष्य हासिल गर्न मद्दत गर्ने हाल उपलब्ध रहेका सहायताहरू (प्रारम्भिक सहायताले प्रदान नगर्ने सेवाहरूलगायतका औपचारिक तथा प्राकृतिक सहायताहरू) ।

यस लक्ष्यको समीक्षा: कम्तीमा पनि हरेक छ महिनामा अनिवार्य रूपमा IFSP को समीक्षा गर्नुपर्नेछ तर यो समीक्षा सोभन्दा अगाडि पनि गर्न सकिनेछ । तपाईंले जुनसुकै बेला पनि IFSP को समीक्षाका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुनेछ ।

समीक्षाको नतीजा:

समीक्षाको मिति: _____

- लक्ष्य हासिल भयो लक्ष्यलाई जारी राख्ने लक्ष्य संशोधन गर्ने लक्ष्य अब प्राथमिकता होइन

यस लक्ष्यलाई असर गर्ने नयाँ चिन्ता तथा घटनाहरू:

यो लक्ष्य हासिल गर्नेतर्फ भएको प्रगति:

अद्यावधिक गरिएका रणनीतिहरू:

खण्ड 5: तपाईंको बच्चा र परिवारको ट्रान्जिसन योजना

प्रारम्भिक सहायतामार्फत उपलब्ध गराइएका सहायता र सेवाहरू बच्चाको तीन वर्षको भएपछि समाप्त हुन्छन्। यस खण्डले तपाईंको ट्रान्जिसन योजनाको रूपमा सघाउँछ र बच्चा तथा परिवारका ट्रान्जिसनका आवश्यकताहरू र EI बाट यो ट्रान्जिसनलाई सकेसम्म सहज बनाउन आवश्यक चरण तथा क्रियाकलापहरू पहिचान गर्छ। तपाईंको टोलीले योजना बनाउन तपाईंसँग मिलेर काम गर्नेछ र तपाईंलाई तपाईंको बच्चा तथा परिवारका लागि लाभदायी हुन सक्ने सम्भावित सामुदायिक सहायता वा सेवाहरू पहिचान गर्नमा तपाईंलाई सघाउनेछ।

तपाईंको योजना तपाईंको बच्चाको तेस्रो जन्मदिनअघि **9 महिना** (_____) र 90 दिन (_____) को बिचमा निर्माण गरिनेछ।
मिति मिति

यदि तपाईंको बच्चालाई उनको तेस्रो जन्मदिनअघि 90 दिनभित्र EI लाई रिफर गरिन्छ भने तपाईंको ट्रान्जिसन योजना तपाईंको प्रारम्भिक IFSP बैठकमा निर्माण गरिनेछ।

यस योजना निर्माण प्रक्रियामा निम्न कुराहरू समावेश हुनेछन्:

- तपाईंसँग तपाईंको बच्चा तथा परिवारका भविष्यका आवश्यकता, भविष्यका सम्भावित सेवा तथा प्लेसमेन्टहरू र तपाईंलाई ती सेवाका विकल्पहरूका बारेमा आवश्यक पर्न सक्ने विवरणका बारेमा छलफल।
- तपाईंको बच्चालाई नयाँ वातावरणमा समायोजन हुन र कार्य गर्नमा मद्दत गर्ने चरणहरू लगायतका तपाईंको बच्चालाई सेवा प्रवाहमा हुने परिवर्तनहरूका लागि तयार गर्ने प्रक्रियाहरू। यसमा स्कुल बस चढ्न सिकेदेखि लिएर परिवारका सदस्यसँग छुट्टिने, नयाँ वातावरणमा सञ्चार वा अन्य सहयोगी प्राविधिक डिभाइस प्राप्त गर्ने र प्रयोग गर्नेलगायतका चुनसुकै कुरा पनि समावेश हुन सक्छ।
- ट्रान्जिसनका चरण, क्रियाकलाप र IFSP टोलीले ट्रान्जिसनमा सहायता गर्न आवश्यक भनी निर्धारण गर्ने कुनै पनि कुरा पहिचान गर्ने।
- तपाईंको सहमति प्राप्त गरेर (EI-07 ट्रान्जिसन योजना कन्फ्रेन्सका लागि सहमति) तपाईंले सम्भावित स्रोतहरूका रूपमा पहिचान गर्नुभएका कुनै पनि सामुदायिक सेवा प्रदायकहरूका साथमा ट्रान्जिसन योजना निर्माण कन्फ्रेन्स (TPC)।

तपाईंको बच्चाको नाम, जन्म मिति र तपाईंको सम्पर्क जानकारी पहिले नै तपाईंको स्कुल डिस्ट्रिक्टसँग साझा गरिएको भए तापनि TPC भनेको तपाईंले थप जानकारी साझा गर्ने र प्राप्त गर्ने समय हो। यदि तपाईंको बच्चा तीन वर्षको उमेरमा प्रिस्कुल विशेष शिक्षा सेवाहरूका लागि योग्य हुन सक्छन् भने यो योजना प्रक्रियामा स्कुल डिस्ट्रिक्टको भूमिका र हालसालैका मूल्याङ्कन, जाँच र IFSP का प्रतिहरू तपाईंको स्कुल डिस्ट्रिक्टसँग साझा गर्नका लागि तपाईंको सहमति प्राप्त गर्ने र स्कुल डिस्ट्रिक्टको प्रतिनिधिलाई ट्रान्जिसन योजना कन्फ्रेन्समा निमन्त्रणा दिने बारेमा तपाईंसँगका कुराकानीहरू पनि समावेश हुनेछन्।

चरणका साथै ट्रान्जिसनको लक्ष्य र सेवाहरू विकास गरिएको मिति:

सम्भावित भविष्यका स्रोत, प्लेसमेन्ट र/वा सेवाहरू:

बाल ट्रान्जिसनको लक्ष्य: तपाईंको बच्चालाई सहज ट्रान्जिसनका लागि के-के कुराहरू आवश्यक पर्नेछ ?

लक्ष्य नम्बर:

यो लक्ष्य हासिल गर्नमा हामीलाई के-कस्ता चरण तथा क्रियाकलापहरू र कसले र कहिले मद्दत गर्नेछन् ?

यस ट्रान्जिसन लक्ष्यले निम्न कुरालाई सम्बोधन गर्छ:

- सकारात्मक सामाजिक सम्बन्धहरूको विकास गर्ने नयाँ ज्ञान तथा सीपहरू प्राप्त गर्ने र तिनको प्रयोग गर्ने आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न कदम चाल्ने

परिवारको ट्रान्जिसन लक्ष्य: तपाईंलाई यो ट्रान्जिसनमा आफ्नो बच्चालाई सहायता गर्न के कुरा आवश्यक पर्नेछ ?

लक्ष्य नम्बर:

यो लक्ष्य हासिल गर्नमा हामीलाई के-कस्ता चरण तथा क्रियाकलापहरू र कसले र कहिले मद्दत गर्नेछन् ?

बच्चाको नाम: _____

जन्म मिति: _____

ETID नम्बर: _____

ट्रान्जिसन लक्ष्य(हरू) को समीक्षा: कम्तीमा पनि हरेक छ महिनामा अनिवार्य रूपमा IFSP को समीक्षा गर्नुपर्नेछ तर यो समीक्षा सोभन्दा अगाडि पनि गर्न सकिनेछ । तपाईंले जुनसुकै बेला पनि IFSP को समीक्षाका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुनेछ ।

बाल ट्रान्जिसन लक्ष्यका लागि समीक्षाको नतिजा:

समीक्षाको मिति: _____

- लक्ष्य हासिल भयो लक्ष्यलाई जारी राख्ने लक्ष्य संसोधन गर्ने लक्ष्य अब प्राथमिकता होइन

पारिवारिक ट्रान्जिसन लक्ष्यका लागि समीक्षाको नतिजा:

- लक्ष्य हासिल भयो लक्ष्यलाई जारी राख्ने लक्ष्य संसोधन गर्ने लक्ष्य अब प्राथमिकता होइन

यी लक्ष्यहरूलाई असर गर्ने नयाँ चिन्ता तथा घटनाहरू:

यी लक्ष्यहरू हासिल गर्नेतर्फ भएको प्रगति:

अद्यावधिक गरिएका रणनीति, चरण र क्रियाकलापहरू:

बच्चाको नाम: _____ जन्म मिति: _____ ETID नम्बर: _____

खण्ड 6: प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू

प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू प्रारम्भिक सेवा प्रदायक (PSP) वा द्वितीय सेवा प्रदायक (SSP) द्वारा उपलब्ध गराइनु सक्छ। PSP ले लक्ष्यहरूमा सहायता गर्न र बच्चाको सिकाइ तथा विकास प्रवर्द्धन गर्न सबै भेटहरूमा परिवारलाई प्रत्यक्ष रूपमा सहायता गर्छ/सेवा प्रदान गर्छ। SSP ले संयुक्त भेटघाटहरूमार्फत IFSP लक्ष्यहरूमा PSP र परिवारलाई आवधिक रूपमा सहायता गर्छ। PSP र परिवारका आवश्यकताहरूका आधारमा आवश्यक भएअनुसार संयुक्त भेट गरिन्छ। तपाईंको प्रदायक(हरू) का साथै तपाईंसँग जुनसुकै बेला पनि आफ्नो परिवारलाई सहायता गर्न उपलब्ध छ। प्रदायकहरूको पूर्ण टोलीमा पहुँच हुन्छ।

उपलब्ध सबै जानकारी प्रयोग गरेर IFSP टोलीले तपाईंका लक्ष्यहरूमा सहायता गर्न निम्न प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू पहिचान गरेको छ:

IFSP को मिति:

प्रारम्भिक सहायता सेवाको प्रकार	विधि	स्थान	कति पटक	सत्रको अवधि	प्रदायक निकाय	आर्थिक स्रोत	सुरु हुने अनुमानित मिति*	अनुमानित समाप्त हुने मिति	लक्ष्यको सङ्ख्या
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> नयाँ सेवा		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> नयाँ सेवा		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> नयाँ सेवा		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> नयाँ सेवा		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> नयाँ सेवा		

विधि: स्वयं-उपस्थित हुने (P); प्रविधि (T)

स्थान: घर (H); समुदाय (C); अन्य (O)

*यदि यस IFSP बैठकको 10 दिनभित्र नयाँ वा परिवर्तित सेवा हुने अनुमान गरिएमा IFSP को खण्ड 8 अन्तर्गत "समयमै सूचना प्राप्त गर्ने अधिकारको त्याग" हेर्नुहोस्।

कुनै पनि ए। सेवा(हरू) प्राकृतिक वातावरणमा किन प्रदान गर्न सकिँदैन भन्ने स्पष्टिकरण:

सेवा(हरू) लाई प्राकृतिक वातावरणमा सार्नका लागि अनुमानित मितिलगायत ए। सेवा संयोजक र परिवारले चाल्ने कदमहरू:

आवश्यक पर्ने तर अहिलेसम्म समन्वय नगरिएका ए। सेवाहरू:

तपाईंको ए। सेवा संयोजकले आवश्यक ए। सेवा(हरू) समन्वय गर्न चाल्ने कदमहरू:

सेवाहरू प्राप्त गरिसक्नु पर्ने

(TRS) मिति: _____

बच्चाको नाम: _____

जन्म मिति: _____

ETID नम्बर: _____

खण्ड 7: टोलीको सहभागिता

यो IFSP तयार गर्नमा तपाईंका महत्त्वपूर्ण योगदानहरूका साथै योग्यता निर्धारण, मूल्याङ्कन र/वा IFSP निर्माणमा निम्न व्यक्तिहरू सहभागी हुनुहुन्थ्यो:

EI सेवा संयोजकको नाम:	फोन नम्बर	इमेल
नाम: फोन नम्बर: इमेल: भूमिका: <input type="checkbox"/> मूल्याङ्कनकर्ता/जाँचक <input type="checkbox"/> प्रदायक	विषय: <input type="checkbox"/> विकाससम्बन्धी विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> बोली-भाषा प्याथोलोजिस्ट <input type="checkbox"/> प्रि-के/के शिक्षक <input type="checkbox"/> अकुपेसनल थेरापिस्ट <input type="checkbox"/> सोसल वर्कर <input type="checkbox"/> शारीरिक थेरापिस्ट <input type="checkbox"/> दृष्टिसम्बन्धी विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> नर्स <input type="checkbox"/> श्रवणसम्बन्धी विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> अन्य:	
नाम: फोन नम्बर: इमेल: भूमिका: <input type="checkbox"/> मूल्याङ्कनकर्ता/जाँचक <input type="checkbox"/> प्रदायक	विषय: <input type="checkbox"/> विकाससम्बन्धी विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> बोली-भाषा प्याथोलोजिस्ट <input type="checkbox"/> प्रि-के/के शिक्षक <input type="checkbox"/> अकुपेसनल थेरापिस्ट <input type="checkbox"/> सोसल वर्कर <input type="checkbox"/> शारीरिक थेरापिस्ट <input type="checkbox"/> दृष्टिसम्बन्धी विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> नर्स <input type="checkbox"/> श्रवणसम्बन्धी विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> अन्य:	
नाम: फोन नम्बर: इमेल: भूमिका: <input type="checkbox"/> मूल्याङ्कनकर्ता/जाँचक <input type="checkbox"/> प्रदायक	विषय: <input type="checkbox"/> विकाससम्बन्धी विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> बोली-भाषा प्याथोलोजिस्ट <input type="checkbox"/> प्रि-के/के शिक्षक <input type="checkbox"/> अकुपेसनल थेरापिस्ट <input type="checkbox"/> सोसल वर्कर <input type="checkbox"/> शारीरिक थेरापिस्ट <input type="checkbox"/> दृष्टिसम्बन्धी विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> नर्स <input type="checkbox"/> श्रवणसम्बन्धी विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> अन्य:	
नाम: फोन नम्बर: इमेल: भूमिका: <input type="checkbox"/> मूल्याङ्कनकर्ता/जाँचक <input type="checkbox"/> प्रदायक	विषय: <input type="checkbox"/> विकाससम्बन्धी विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> बोली-भाषा प्याथोलोजिस्ट <input type="checkbox"/> प्रि-के/के शिक्षक <input type="checkbox"/> अकुपेसनल थेरापिस्ट <input type="checkbox"/> सोसल वर्कर <input type="checkbox"/> शारीरिक थेरापिस्ट <input type="checkbox"/> दृष्टिसम्बन्धी विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> नर्स <input type="checkbox"/> श्रवणसम्बन्धी विशेषज्ञ <input type="checkbox"/> अन्य:	

अन्य सहभागीका नामहरू

भूमिका/परिवारसँगको सम्बन्ध

खण्ड 8: प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि पूर्व लिखित सूचना र सहमति

अभिभावकको सहमति

म यस IFSP मा वर्णन गरिएका प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूको प्रावधानसँग सहमत छु । म यो IFSP को निर्माणमा सहभागी भएको थिएँ र मलाई यस IFSP मा व्याख्या गरिएको प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी प्रावधानका बारेमा सम्पूर्ण जानकारी प्रदान गरिएको छ र मैले उक्त प्रावधानलाई राम्रोसँग बुझेको छु । मैले Ohio Early Intervention सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक ब्रोसुरको एक प्रति प्राप्त गरेको छु र आफ्नो सहमति दिने अधिकारका बारेमा बुझेको छु । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु ।

Ohio Early Intervention (EI) को कुनै पनि सेवा प्रदायकले मेरो परिवार वा बच्चालाई प्रदान गरिने EI सेवाहरू प्रदान गर्न सुरु (प्रारम्भ) गर्ने वा ती सेवाहरू परिवर्तन गर्ने सिफारिस वा प्रस्ताव गर्दा मैले उक्त EI सेवा प्रदान गर्न सुरु गर्नु वा सेवा परिवर्तन गर्नुभन्दा कम्तीमा दश दिनअघि अनिवार्य रूपमा लिखित पूर्व सूचना प्राप्त गर्नुपर्छ । यस IFSP ले प्रस्तावित प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका बारेमा पूर्व लिखित सूचनाको रूपमा काम गर्छ र प्रस्तावित सेवाहरूको सुरुवात वा परिवर्तन IFSP को खण्ड 6 भित्र वर्णन गरिएको छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु । यस IFSP बैठकअघि फाराम EI-11 प्रयोग गरेर समाप्त गर्ने प्रस्ताव गरिएको सेवाका लागि थप पूर्व लिखित सूचना आवश्यक पर्दैन ।

समयमै सूचना प्राप्त गर्ने अधिकारको त्याग (ऐच्छिक)

मैले EI सेवा परिवर्तन वा सुरु गर्नुभन्दा 10 दिनअघि लिखित सूचना प्राप्त गर्ने आफ्नो अधिकार त्याग्ने कुरा बुझेको छु र त्यसमा सहमत छु ।

अभिभावक(हरू) को नाम र
थरको प्रथमाक्षर

मिति

अभिभावकको नाम

अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

अभिभावकको नाम

अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

EI सेवा संयोजक र प्रदायकको सहमति

हामी लक्ष्यहरूले परिवारका प्राथमिकता र चिन्ताका विषयहरू प्रतिबिम्बित गर्छन् र EI सेवाहरूले ती लक्ष्यहरू हासिल गर्नमा मद्दत गर्छन् भन्ने कुरा स्वीकार गर्छौं । हामी यो IFSP लाई परिवारलाई आफ्नो बच्चालाई दैनिक क्रियाकलापहरूमा सहभागी हुन तथा ती क्रियाकलापहरूबाट सिक्न मद्दत गर्न सघाउने तवरले कार्यान्वयन गर्न सहमत छौं ।

नाम	विषय	हस्ताक्षर	मिति
	EI सेवा संयोजक		

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

ETID नम्बर

प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि बीमाको प्रयोगसम्बन्धी सहमति

निजी बीमाको प्रयोग

मेरा सेवा संयोजकले "भुक्तानीको प्रणाली" को नियम र प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूमा लागेको खर्च भुक्तानी गर्न आफ्नो निजी बीमा प्रयोग गर्दा मैले बेहोर्नुपर्ने हुन सक्ने सह-भुक्तानी (को-पेमेन्ट), कटौती रकम, प्रिमियम वा बीमा पोलिसीको वार्षिक वा आजीवन स्वास्थ्य बीमा कभरेज रकममा तोकिएको सीमा नाघेको कारण लाभहरू गुम्ने लगायतका दीर्घकालीन लागत जस्ता सम्भावित खर्चहरूको बारेमा बुझाउनुभएको छ । मैले यी सम्भावित खर्च र मेरा अधिकारको बारेमा लिखित सूचना प्राप्त गरेको छु । मैले आफ्नो निजी बीमा प्रयोग गर्ने सहमति दिएपछि म प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि आफै भुक्तानी गर्न सक्षम रहेको ठहर भएको खण्डमा राज्यले IFSP वर्षको पहिलो 100 एकाइ प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूको सह-भुक्तानी र कटौती रकम मात्र बेहोर्नेछ । म प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि आफै भुक्तानी गर्न असक्षम रहेको ठहर भएको खण्डमा भने राज्यले सबै एकाइको सह-भुक्तानी र कटौती रकम बेहोर्नेछ ।

म प्रारम्भिक सहायता (EI) सेवाहरूको बिल मेरो निजी बीमा कम्पनीको नाममा काट्न मेरो सहमति हो होइन मैले निजी बीमा गराएको छैन दिन्छु ।

प्राथमिक बीमा पोलिसी नम्बर	सुरु हुने मिति	समाप्त हुने मिति
स्वास्थ्य बीमा कम्पनीको नाम	बीमा गरिएको व्यक्तिको नाम	
दोस्रो बीमा पोलिसी नम्बर	सुरु हुने मिति	समाप्त हुने मिति
स्वास्थ्य बीमा कम्पनीको नाम	बीमा गरिएको व्यक्तिको नाम	

अभिभावकको नाम(हरू)

अभिभावकको हस्ताक्षर(हरू)

मिति

सार्वजनिक बीमाको प्रयोग

मेरा सेवा संयोजकले मलाई प्रारम्भिक हस्ताक्षर भुक्तानीहरू प्रणालीको नियम व्याख्या गर्नुभएको छ । मैले मेरा अधिकारको बारेमा लिखित सूचना प्राप्त गरेको छु र प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूमा लागेको खर्च भुक्तानी गर्न आफ्नो Medicaid लाभहरूको प्रयोग गर्दा कुनै अतिरिक्त खर्च लाग्दैन भन्ने कुरा बुझेको छु ।

म आफ्नो बच्चाको व्यक्तिगत जानकारी (अर्थात्, मेरो बच्चालाई पहिचान गर्न प्रयोग गरिने जानकारी) बिल बनाउने प्रयोजनका लागि IFSP मा उल्लिखित प्रारम्भिक सहायता सेवा प्रदायक र राज्यको Medicaid निकायलाई प्रदान गर्ने मेरो सहमति दिन्छु ।

हो होइन मेरो बच्चाको Medicaid बीमा छैन

Medicaid प्रापक/बिलिङ नम्बर

अभिभावकको नाम(हरू)

अभिभावकको हस्ताक्षर(हरू)

मिति



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

ETID नम्बर

जानकारीको खुलासा वा आदानप्रदानसम्बन्धी सहमति

अभिभावकको रूपमा तपाईंले आफ्नो बच्चाको प्रारम्भिक सहायता (EI) सम्बन्धी रेकर्डहरूको कुनै पनि भागमा पहुँच बनाउन सक्नुहुन्छ । प्रारम्भिक सहायता अर्थात् EI सम्बन्धी रेकर्ड अन्तर्गत संघीय कानूनको अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको शिक्षासम्बन्धी ऐनको भाग C बमोजिम तपाईंको बच्चाको सम्बन्धमा सङ्कलन, भण्डार वा प्रयोग गरिएका सम्पूर्ण रेकर्डहरू पर्दछन् ।

तपाईंको बच्चाको नाम, जन्म मिति र तपाईंको स्कुल डिस्ट्रिक्टमा साझा गरिएको तपाईंको सम्पर्कसम्बन्धी जानकारीबाहेक, तपाईंको EI को जानकारी तपाईंको अनुमतिविना EI प्रणाली बाहिरका कुनै पनि व्यक्ति वा एजेन्सीसँग साझा गर्न पाइँदैन । तपाईंको अनुमति लिएर जानकारीलाई मौखिक वा लिखित रूपमा साझा गर्न सकिन्छ । तपाईं आफूले कुन-कुन जानकारी साझा गर्न चाहनुहुन्छ वा साझा गर्न चाहनुहुन्न भन्ने निर्णय गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंले जानकारी जारी गर्न वा आदानप्रदान गर्न अनुमति दिएपछि एजेन्सी वा व्यक्तिलाई यो फारामको के प्रति प्रदान गरिनेछ । केही सीमित कारणहरूका लागि अभिभावकको सहमति आवश्यक पर्दैन । कृपया ती कारणहरूका लागि आफ्नो अभिभावकका अधिकारहरूको ब्रोसर हेर्नुहोस् ।

म Ohio Early Intervention लाई निम्नसँग आदानप्रदान गर्न वा निम्नलाई खुलासा गर्न सहमति

प्रदान गर्छु: नाम र/वा एजेन्सी:

सम्पर्कसम्बन्धी जानकारी (उपलब्ध भएमा):

मेरो बच्चा/मेरो बारेमा निम्न जानकारी:

व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना (IFSP)

योग्यता निर्धारणका नतिजाहरू

EI केस नोटहरू

सम्पूर्ण EI रेकर्ड

अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्)

निम्न विधिहरू प्रयोग गर्ने:

फोन/टेक्स्ट/भिडियो

प्रत्यक्ष

इमेल/फ्याक्स/डिजिटल अपलोड

कागजी रेकर्डहरू

जानकारी खुलासा वा आदानप्रदान गर्नुको उद्देश्य निम्नमा सहयोग गर्नु हो:

Ohio EI का लागि योग्यता निर्धारण

EI बाट प्रिस्कूल वा अन्य सामुदायिक कार्यक्रमहरूमा ट्रान्जिसन

IFSP को विकास

बच्चाका सेवाहरू र प्रगति

अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्)

लागू हुने भएमा जानकारीको खुलासा वा आदानप्रदानमा कुनै पनि सीमितताहरू व्याख्या गर्नुहोस्:

यो सहमति मान्य रहने अवधि:

मेरो बच्चाको तेस्रो जन्मदिनसम्म

मा देखि सम्म

मेरा सेवा संयोजकले मलाई जानकारीको खुलासा वा आदानप्रदानसम्बन्धी सम्पूर्ण जानकारी दिनुका साथै सहमति दिने विषयलगायत अभिभावकको रूपमा मेरा अधिकारहरूका बारेमा बुझाउनुभएको छ । मसँग Ohio Early Intervention (EI) सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक ब्रोसरको प्रति रहेको छ (ohioearlyintervention.org/printed-materials) । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु । मेरो बच्चाको जानकारीको खुलासा वा आदानप्रदान गर्ने कुरा म बुझ्दछु र यसमा सहमत छु । म जानकारी आदानप्रदान गर्न सहमत भए तापनि अन्य गैर-प्रारम्भिक सहायता निकायहरूलाई जानकारी जारी गर्नका लागि आफ्नै फारमहरू आवश्यक पर्न सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु ।

अभिभावकको नाम(हरू)

अभिभावकको हस्ताक्षर(हरू)

मिति

यदि यो फाराम EI सेवा संयोजकबाहेक अन्य कुनै व्यक्तिद्वारा भरिएको हो भने EI प्रदायकले सहमतिमा हस्ताक्षर गरिएको पाँच क्यालेन्डर दिनभित्र EI

सेवा संयोजकलाई यसको प्रतिलिपि अनिवार्य रूपमा पठाउनुपर्छ ।



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

ETID नम्बर

ट्रान्जिसन योजना निर्माण कन्फ्रेन्स (TPC) का लागि सहमति

तपाईंको बच्चाको उमेर तीन (3) वर्ष पूरा हुनुअघि र तपाईंले प्रारम्भिक सहायता छोड्नुअघि ट्रान्जिसन योजना निर्माण कन्फ्रेन्सले तपाईंलाई प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू परिवर्तन गरेर तपाईंको बच्चाको उमेरमा प्राप्त गर्न योग्य हुन सक्ने सहायताहरू प्राप्त गर्नमा हामीले कसरी मद्दत गर्न सक्छौं भनेर योजना बनाउनमा मद्दत गर्छ । यो कन्फ्रेन्स तपाईंको बच्चाको तेस्रो जन्मदिनभन्दा कम्तीमा पनि 90 दिनदेखि 9 महिनाअघिको अवधिभित्र अनिवार्य रूपमा आयोजना गर्नुपर्छ । यो बैठकको समय निर्धारण गर्नुअघि तपाईं र तपाईंको EI टोलीले यो बैठकमा आमन्त्रित गर्न चाहने कुनै पनि सामुदायिक सेवा प्रदायकहरूलाई पहिचान गर्न सक्नुहुन्छ ।

म TPC का लागि समय निर्धारण गर्न सहमति दिन्छु

म TPC का लागि समय निर्धारण गर्न सहमति दिन्न

यदि तपाईंको बच्चा प्रिस्कुल विशेष शिक्षा सेवाहरूका लागि योग्य हुन सक्छन् भने तपाईंको स्थानीय स्कुल डिस्ट्रिक्ट उक्त सेवाहरू उपलब्ध गराउनका लागि जिम्मेवार हुनेछ । तपाईंको स्कुल डिस्ट्रिक्टका प्रतिनिधिलाई निमन्त्रणा गर्नु लाभदायक हुन्छ जसले "भाग B" विशेष शिक्षा प्रिस्कुल योग्यता निर्धारण गर्ने प्रक्रियाका बारेमा स्पष्ट पार्नुहुनेछ । अन्य सामुदायिक सेवा प्रदायकहरूलाई पनि यो बैठकमा आमन्त्रित गर्न सकिन्छ ।

म आफ्नो TPC मा स्कुल डिस्ट्रिक्टका प्रतिनिधिलाई आमन्त्रित गर्न सहमति दिन्छु

म आफ्नो TPC मा स्कुल डिस्ट्रिक्टका प्रतिनिधिलाई आमन्त्रित गर्न सहमति दिन्न

यदि तपाईंको EI टोलीसँगै तपाईंलाई तपाईंको बच्चा प्रिस्कुल विशेष शिक्षा सेवाहरूका लागि सम्भावित रूपमा योग्य छैनन् भन्ने लाग्छ वा तपाईं आफ्नो स्कुल डिस्ट्रिक्टलाई आमन्त्रित गर्न चाहनुहुन्न भने हामी तपाईंले सम्भावित स्रोतसाधनहरूको रूपमा पहिचान गर्नुभएका अन्य कुनै पनि सामुदायिक सेवा प्रदायकहरूसँग ट्रान्जिसन योजना निर्माण कन्फ्रेन्सका लागि समय निर्धारण गर्न सक्छौं ।

अभिभावकको नाम(हरू)

अभिभावकको हस्ताक्षर(हरू)

मिति



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

ETID नम्बर

बच्चालाई स्थानीय शैक्षिक निकाय र ओहायो शिक्षा तथा जनशक्ति विभाग (Ohio Department of Education and Workforce) मा रिफर गर्न दिने सहमति

Ohio Early Intervention (EI) ले हालसालै तपाईंको बच्चाको लागि सिफारिस प्राप्त गरेको थियो । EI शारीरिक तथा मानसिक विकासमा सुस्तता तथा अपाङ्गताहरू भएका जन्मेदेखि तीन वर्षको उमेरका बालबालिकाका लागि लक्षित कार्यक्रम हो । EI ले तपाईंको बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न गर्नका लागि उनी तीन वर्ष पुग्ने लागेका छन् । यद्यपि, तपाईंलाई आफ्नो बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकास सुस्त रूपमा भइरहेको छ वा आफ्नो बच्चामा कुनै अपाङ्गता छ जस्तो लाग्छ भने तपाईंको बच्चा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि शिक्षासम्बन्धी ऐन (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) को भाग B अन्तर्गत प्रिस्कूलका विशेष शैक्षिक सेवाहरू प्राप्त गर्न योग्य हुन सक्छन् ।

तपाईं सिफारिस गर्नका लागि आफ्नो स्कूल डिस्ट्रिक्टलाई आफै सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ ।

यदि तपाईं EI ले स्कूल डिस्ट्रिक्टलाई सम्पर्क गरी सिफारिस गरोस् भन्ने चाहनुहुन्छ भने हामीले अनिवार्य रूपमा तपाईंको सहमति लिनुपर्ने हुन्छ । तपाईंको सहमतिमा हामी तपाईंको बच्चाको शिक्षाका लागि जिम्मेवार स्कूल डिस्ट्रिक्ट र ODEW लाई तपाईंको सम्पर्क जानकारी र तपाईंको बच्चाको नाम तथा जन्म मितिको विवरण प्रदान गर्ने छौं ।

मेरो स्थानीय स्कूल डिस्ट्रिक्ट र ODEW मा मेरो सम्पर्क जानकारीका साथसाथै मेरो बच्चाको नाम साझा गरिने बारेमा मलाई पूर्ण जानकारी दिइएको छ र म यस कुरालाई बुझ्दछु । मसँग Ohio Early Intervention सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक ब्रोसुरको प्रति रहेको छ (ohioearlyintervention.org/printed-materials) । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु । म EI लाई मेरो स्कूल डिस्ट्रिक्ट र ODEW लाई मेरो बच्चाको नाम तथा जन्म मितिका साथै मेरो सम्पर्क जानकारी प्रदान गर्ने सहमति दिन्छु ।

अभिभावकको नाम(हरू)

अभिभावकको हस्ताक्षर(हरू)

मिति

अभिभावकको स्ट्रिट ठेगाना

अभिभावकको इमेल ठेगाना

अभिभावकको फोन नम्बर

अभिभावकको सहर, राज्य, जिप कोड

*अभिभावकको हस्ताक्षर प्राप्त भएपछि रिफरल पूरा छ भनी सुनिश्चित गर्न हस्ताक्षर गरिएको यो फाराम अनिवार्य रूपमा EI@childrenandyouth.ohio.gov मा इमेल गरेर पठाइनुपर्छ ।



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

फाराम EI-10

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

ETID नम्बर

अभिभावकको नाम(हरू)

सेवा समाप्तिसम्बन्धी पूर्व लिखित सूचना

Ohio Early Intervention (EI) ले तपाईं तथा तपाईंको बच्चालाई प्रारम्भिक सहायता (EI) सेवाहरू प्रदान गर्न बन्द गर्ने प्रस्ताव गरेको छ । Ohio EI ले तपाईंको बच्चाको नवौं जन्मदिनसम्म उनको रेकर्डको प्रति आफूसँग सुरक्षित राख्नेछ । तपाईंलाई आफ्नो बच्चाको अभिलेख हेर्ने वा अनुरोध गर्ने अधिकार छ । Ohio Early Intervention ले यो सूचना पठाइएको मितिबाट कम्तीमा पनि 10 क्यालेन्डर दिनपछि तपाईंको बच्चालाई निम्न कारणले EI प्रणालीबाट हटाउने प्रस्ताव गरेको छ:

तपाईंको बच्चाको जाँच गरिएको थियो र उक्त जाँचमा तपाईंको बच्चामा विकासजन्य सुस्तता वा अपाङ्गता देखिएन । तपाईं आफ्नो EI सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गरी जुनसुकै बेला पनि आफ्नो बच्चाको मूल्याङ्कन गर्न अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ ।

आवश्यक मूल्याङ्कन वा जाँच पूरा भएन ।

तपाईंको बच्चाले प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू प्राप्त गर्न योग्य हुनका लागि तोकिएका मापदण्डहरू पूरा गरेनन् ।

तपाईंको बच्चा Ohio राज्यभन्दा बाहिर बसाइ सरेर गए ।

तपाईंको बच्चाको IFSP का परिणामहरू पूरा भए र टोलीले IFSP का अतिरिक्त परिणामहरू आवश्यक पर्दैनन् भनेर निर्धारण गर्‍यो ।

तपाईंले हामीलाई यस समयमा तपाईं EI सेवाहरूमा सहभागी हुन इच्छुक हुनुहुन्न वा सहभागी हुन सक्नु हुनुहुन्न भनेर जानकारी गराउनुभयो ।

हामीले तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सकेौं । यदि तपाईं अझै पनि EI सेवाहरू प्राप्त गर्न इच्छुक हुनुहुन्छ भने कृपया यो सूचनाको मितिबाट दस क्यालेन्डर दिनभित्र आफ्नो EI सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

तपाईंको बच्चाको उमेर तीन वर्ष पूरा हुनुअघि नै उनलाई IEP सहित IDEA को भाग B अन्तर्गतका सेवाहरू प्रदान गरियो ।

सेवा समाप्तिको प्रस्तावित मिति:

टिप्पणीहरू:

एक अभिभावकको हैसियतले तपाईंसँग विवादको समाधान खोज्ने विकल्पहरू छन् । EI सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरूको ब्रोसरको प्रति (ohioearlyintervention.org/printed-materials) यसैसँग पठाइएको छ । यदि तपाईं अझै पनि प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू प्राप्त गर्न इच्छुक हुनुहुन्छ वा तपाईंलाई तपाईंको बच्चाको सेवाको समाप्तिको कारण अस्पष्ट वा गलत छ भन्ने लाग्छ भने कृपया मलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

EI सेवा संयोजकको नाम

EI सेवा संयोजकको सम्पर्क जानकारी

**तपाईं आफ्नो बच्चाको विकासलाई यहाँ ट्याक गर्न सक्नुहुन्छ - www.helpmegrow.org/ASQ/ ।
तपाईं आफ्नो बच्चाको उमेर तीन वर्ष पूरा हुनुअघि नै केन्द्रीय भर्ना विभाग (Central Intake) लाई 1-800-755-4769 मा फोन गरेर वा www.ohioearlyintervention.org मा गएर कुनै पनि समय पुनः सिफारिस गर्न सक्नुहुन्छ ।**



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

ETID नम्बर

अभिभावकको नाम

सेवाहरूमा प्रस्तावित परिवर्तनसम्बन्धी पूर्व लिखित सूचना

Ohio Early Intervention (EI) सेवाहरू व्यक्तिगत परिवारिक सेवा योजना (Individualized Family Service Plan, IFSP) प्रक्रियामार्फत निर्धारण गरिन्छ । उक्त सेवाहरूका लागि पूर्व लिखित सूचना IFSP बैठकमा IFSP फाराममार्फत उपलब्ध गराइन्छ । यद्यपि, कुनै पनि Ohio EI सेवा प्रदायकले IFSP बैठकअघि नै EI सेवा समाप्त गर्ने प्रस्ताव गर्दा उक्त EI सेवा समाप्त हुनुभन्दा कम्तीमा पनि दस क्यालेन्डर दिनअघि तपाईंलाई यो पूर्व लिखित सूचना अनिवार्य रूपमा दिइनुपर्छ । तपाईंको सेवा संयोजकले आगामी चरणहरू निर्धारण गर्नका लागि IFSP बैठकको समय निर्धारण गर्न तपाईंलाई सम्पर्क गर्नुहुनेछ ।

Ohio Early Intervention ले तपाईंको बच्चा र तपाईंको परिवारका लागि एक वा सोभन्दा बढी EI सेवा(हरू) समाप्त गर्ने प्रस्ताव गरेको छ । प्रस्तावित परिवर्तनसम्बन्धी विवरण

परिवर्तन प्रस्ताव गर्नुको कारण

परिवर्तनको प्रस्तावित मिति (आजको मितिबाट कम्तीमा 10 दिनपछि)

तपाईंसँग हाम्रो यस कार्यको बारेमा कुनै पनि प्रश्न भएमा कृपया सकेसम्म छिटो मलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

EI सेवा प्रदायकको नाम

EI सेवा प्रदायकको सम्पर्क जानकारी

एक अभिभावकको हैसियतले तपाईंसँग विवादको समाधान खोज्ने विकल्पहरू छन् । Ohio Early Intervention सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरूको ब्रोसरको प्रति ohioearlyintervention.org/printed-materials यसैसँग पठाइएको छ । यदि तपाईंसँग कुनै पनि प्रश्नहरू छन् भने कृपया दिइएको नम्बर वा ठेगानामा आफ्नो EI सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुहोस्:

EI सेवा संयोजकको नाम

EI सेवा संयोजकको सम्पर्क जानकारी

समयमै सूचना प्राप्त गर्ने अधिकारको त्याग (ऐच्छिक)

म प्रस्तावित क्रियाकलाप परिवर्तन गर्नुभन्दा 10 दिनअगाडि लिखित सूचना प्राप्त गर्ने आफ्नो अधिकार त्याग्ने कुरा बुझ्दछु र यसमा सहमत छु ।

अभिभावक(हरू) को नाम
र थरको प्रथमाक्षर

मिति

मि मा (नाम/भूमिका)
ले अभिभावक(हरू) लाई यस सूचना र सहमति फारामको प्रति उपलब्ध गराउनुभयो
 भेटेर पत्रमार्फत इमेलमार्फत

यदि यो फाराम EI सेवा संयोजकबाहेक अन्य कुनै व्यक्तिद्वारा भरिएको हो भने EI प्रदायकले अभिभावकलाई सूचना दिएको मितिबाट पाँच क्यालेन्डर दिनभित्र EI सेवा संयोजकलाई यसको प्रतिलिपि अनिवार्य रूपमा पठाउनुपर्छ ।



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

पत्ता लागेको समस्याको प्रलेख

मेरो बच्चाको निदान र विकासमा पर्ने प्रभावको कागजात प्राप्त गर्नका लागि म यो फाराम आफ्नो स्वास्थ्य पेशाकर्मलाई पठाउन सहमति दिन्छु ।

अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

आदरणीय स्वास्थ्य पेशाकर्म — अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि शिक्षासम्बन्धी ऐन (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) को भाग C अन्तर्गतका सेवाहरू प्राप्त गर्न तोकिएका राज्य तथा संघीय मापदण्डहरू बमोजिम गरिएका अधिकांश निदानहरूले बच्चालाई प्रारम्भिक सहायता (Early Intervention, EI) सेवाहरूका लागि स्वतः योग्य ठहर गर्दैनन् । यद्यपि, मानसिक वा शारीरिक समस्याहरूको निदान तथा उपचार गर्न इजाजतप्राप्त स्वास्थ्य पेशाकर्मले कुनै बच्चामा देखिएको शारीरिक वा मानसिक समस्याले उक्त बच्चाको विकास सुस्त बनाउन सक्छ भनेर निर्धारण गर्न सक्नुहुन्छ । त्यसपछि EI टोलीले विस्तृत मूल्याङ्कन गरी बच्चाका लागि कार्यक्रमसम्बन्धी आवश्यकताहरू निर्धारण गर्नेछ । यो फाराम प्रयोग गरी प्रारम्भिक सहायता सेवा प्राप्त गर्न योग्य रहे, नरहेको ठहर गर्नका लागि यो फाराम पूर्ण रूपमा भरिएको हुनुपर्छ ।

कृपया यो बाकसमा बच्चामा देखिएको निश्चित निदान लेख्नुहोस् । "सबै कुरा सुस्त छ" वा "विकासजन्य सुस्तता" वा "बोलीसम्बन्धी समस्या" जस्ता विकासजन्य चिन्ताका विषयलगायतका अस्पष्ट समस्या नलेख्नुहोस् ।

यो बच्चामा देखिएको शारीरिक र/वा मानसिक समस्याका कारण उनको शारीरिक तथा मानसिक विकासका निम्न क्षेत्रहरूमध्ये कम्तीमा पनि एउटा क्षेत्रमा विकासजन्य सुस्तता हुने सम्भावना छ (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):

सञ्चार

सामाजिक/भावनात्मक

टिप्पणी (ऐच्छिक)

मोटर

घुलमिल हुने/स्व-स्याहार/आत्मनिर्भरता

दृष्टि

संज्ञानात्मक/समस्या समाधान गर्ने क्षमता

श्रवण

अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्)

म यो बच्चामा देखिएको शारीरिक र/वा मानसिक समस्याका कारण उनको शारीरिक तथा मानसिक विकासमा सुस्तता हुन सक्ने कुनै कारण देखिदैन । यद्यपि, अभिभावक र बच्चासँग योग्यता निर्धारणका लागि विकासजन्य मूल्याङ्कन गर्ने अधिकार हुनेछ भन्ने कुरा म बुझ्दछु ।

मानसिक वा शारीरिक समस्याहरूको निदान तथा उपचार गर्न इजाजतप्राप्त स्वास्थ्य पेशाकर्म

नाम

इजाजतपत्रको प्रकार

फोन नम्बर

हस्ताक्षर

इमेल

मिति

कृपया यो फाराम आफ्नो बच्चाको प्रारम्भिक सहायता सेवा संयोजकलाई फिर्ता गर्नुहोस्

EI सेवा संयोजकको नाम

फ्याक्स नम्बर

इमेल

EI सेवा संयोजकको प्रयोगका लागि मात्र

फाराम प्राप्त भएको मिति _____



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

ETID नम्बर

अभिभावकको नाम(हरू)

व्यक्तिकृत पारिवारिक सेवा योजना (Individualized Family Service Plan, IFSP) बैठकसम्बन्धी सूचना

निम्न कार्यहरूका लागि हाम्रो बैठक बस्ने समय भएको छ:

जाँच पूरा गरी प्रारम्भिक IFSP को समय निर्धारण नगर्दासम्मका लागि अन्तरिम IFSP बनाउन

योग्यता र जाँचबाट प्राप्त जानकारीको समीक्षा गरी पहिलो (प्रारम्भिक) IFSP बनाउन

IFSP मा पहिचान गरिएका परिणामहरू हासिल गर्नेतर्फ भएको प्रगति निर्धारण गर्न तथा परिणामहरू परिमार्जन वा संशोधन गर्न अथवा IFSP मा उल्लिखित प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू प्रदान गर्न आवश्यक छ कि छैन भनेर निकर्वाल गर्न IFSP को आवधिक समीक्षा गर्न

जाँचसम्बन्धी जानकारीको समीक्षा गरी वार्षिक IFSP बनाउन

यस IFSP बैठकमा ट्रान्जिसन योजना निर्माण कन्फ्रेन्स पनि आयोजना गरिनेछ ।

हामी देहायको मिति, समय र स्थानमा IFSP बैठक आयोजना गर्न सहमत छौं:

मिति

समय

स्थान

निम्न प्रारम्भिक सहायता (Early Intervention, EI) सेवा प्रदायकहरूलाई पनि IFSP बैठकमा उपस्थित हुन आमन्त्रित गरिएको छ । उनीहरूलाई पनि यो सूचनाको एउटा प्रति पठाइनेछ ।

नाम, भूमिका वा निकाय

नाम, भूमिका वा निकाय

नाम, भूमिका वा निकाय

नाम, भूमिका वा निकाय

तपाईंले निम्न व्यक्तिहरूलाई IFSP बैठकमा आमन्त्रित गर्न अनुरोध गर्नुभएको छ । उनीहरूलाई पनि यो सूचनाको एउटा प्रति पठाइनेछ ।

नाम, भूमिका वा नाता

नाम, भूमिका वा नाता

नाम, भूमिका वा नाता

नाम, भूमिका वा नाता

यदि तपाईंसँग कुनै पनि प्रश्नहरू छन् वा तपाईं यस बैठकका बारेमा कुनै पनि कुरा परिवर्तन गर्न चाहनुहुन्छ भने कृपया म (तपाईंको EI सेवा संयोजक) लाई सम्पर्क गर्नुहोस्:

EI सेवा संयोजकको नाम

EI सेवा संयोजकको सम्पर्क जानकारी



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

पेशाकर्मिले गरेको रिफरलको फलोअप

आजको मिति

रिफर गरिएको बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

EI कार्यक्रम रिफरलको मिति

बच्चालाई रिफर गर्ने पेशाकर्मिको नाम

निकायको नाम

पेशाकर्मि वा निकायको सम्पर्क जानकारी

- EI कार्यक्रमले बच्चाको रिफरलका स्थितिमा जानकारी साझा गर्न अभिभावकको सहमति प्राप्त गरेको थिएन । थप जानकारीका लागि कृपया सम्बन्धित परिवारलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।
- अभिभावकहरूलाई सम्पर्क गर्ने धेरै प्रयास गरियो तर सम्पर्क हुन सकेन । तपाईंसँग अभिभावकको नयाँ सम्पर्क जानकारी छ भने हामीलाई दिनुहोस् ।

निम्न जानकारी साझा गर्न अभिभावकले सहमति दिनुभयो:

- अभिभावकले Ohio Early Intervention सेवाहरू अस्वीकार गर्नुभयो ।
- बच्चा Ohio Early Intervention का लागि योग्य छन् र उनको IFSP बनाइएको छ ।
- बच्चाको मूल्याङ्कन गरिएको थियो र उनी Ohio Early Intervention का लागि योग्य छैनन् ।
- शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी प्रारम्भिक जाँच उपलब्ध गराइएको थियो र बच्चामा ढिलाइ वा अपाङ्गता भएको शङ्का गरिएको छैन ।
- अन्य:

मेरा सेवा संयोजकले मलाई EI मा मेरो बच्चाको रिफरलको स्थिति साझा गर्ने बारेमा सम्पूर्ण जानकारी दिनुका साथै सहमति दिने विषयलगायत अभिभावकको रूपमा मेरा अधिकारहरूका बारेमा बुझाउनुभएको छ । मसँग Ohio EI सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक ब्रोसुरको प्रति रहेको छ (ohioearlyintervention.org/printed-materials) । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु । म मेरो बच्चाको रिफरल बनाएका विशेषज्ञलाई मेरो बच्चाको रिफरलको स्थितिका बारेमा जानकारी साझा गर्ने कुरा बुझ्दछु र यसमा सहमत छु ।

अभिभावकको नाम(हरू)

अभिभावकको हस्ताक्षर(हरू)

मिति

सेवा सिफारिस गर्नुभएकोमा Ohio Early Intervention को तर्फबाट तपाईंलाई धन्यवाद! तपाईं केन्द्रीय भर्ना विभाग (Central Intake) लाई 1-800-755-4769 मा फोन गरेर वा www.ohioearlyintervention.org मा गएर कुनै पनि समय पुनः रिफर गर्न सक्नुहुन्छ ।



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

ETID नम्बर

प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि भुक्तानी गर्ने अभिभावकको क्षमता निर्धारण

कागजात (कुनै एउटा भए पुग्छ)

(A) Ohio Medicaid कार्ड

(B) Ohio WIC कार्ड

(C) अभिभावकको आय

अभिभावकको
नाम र थरको
pratham

मेरो आय जानकारी प्रदान गर्दा EI सेवा संयोजकले म आयमा आधारित अन्य स्रोतसाधनहरूका लागि योग्य हुन सक्छु कि भनेर निर्धारण गर्न अनुमति दिन्छु भन्ने कुरा म बुझ्दछु । यद्यपि, मैले मेरो वित्तीय जानकारी साझा नगर्ने छनोट गरेको छु र OAC 5123-10-03 (D) अनुसार पहिलो सार्वजनिक वित्त पोषित 100 एकाइहरूभन्दा बाहिरको प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूको लागत भुक्तानी गर्नका लागि म जिम्मेवार हुनेछु भन्ने कुरा म बुझ्दछु ।

अभिभावकको
आय:

साप्ताहिक (52)

द्वि-साप्ताहिक (26)

मासिक (12)

द्वि-मासिक (24)

परिवारको आकार: _____

तलब भुक्तानीको अधिकतम मिति(हरू) _____

कुल रकम(हरू) _____

अभिभावकको
आय:

साप्ताहिक (52)

द्वि-साप्ताहिक (26)

मासिक (12)

द्वि-मासिक (24)

परिवारको आकार: _____

तलब भुक्तानीको अधिकतम मिति(हरू) _____

कुल रकम(हरू) _____

कुल वार्षिक आय: _____

परिवारको आय Healthy Start अन्तर्गत बीमा नगरिएका बालबालिकाहरूले सेवा प्राप्त गर्न योग्य हुनका लागि तोकिएको रकमभन्दा कम वा सोसँग बराबर छ ? (206% FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> छ छैन

मैले अभिभावकले OAC 5123-2-10-03 (D) बमोजिम पेश गरेको कागजपत्र देखेको तथा समीक्षा गरेको छु र अभिभावक प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि आफै भुक्तानी गर्न सक्षम असक्षम हुनुहुन्छ भनेर निर्धारण गरेको छु ।

EI सेवा संयोजकको नाम

मिति

EI सेवा संयोजकको हस्ताक्षर

मैले यो फाराम भर्न प्रयोग गरिएको जानकारीको समीक्षा गरेको छु र मेरा सेवा संयोजकले म प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि आफैले भुक्तानी गर्न सक्षम छु वा असक्षम छु भन्ने निर्णयको बारेमा बुझाउनुभएको छ । मसँग Ohio Early Intervention System of Payments नामक ब्रोसरको प्रति रहेको छ (ohioearlyintervention.org/printed-materials) । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु ।

अभिभावकको नाम(हरू)

अभिभावकको हस्ताक्षर(हरू)

मिति



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

फाराम EI-16

राज्यको प्रयोगका लागि मात्र:

EI-16 प्राप्त मिति: _____
 समीक्षक: _____
 CMACS #: _____
 CMACS मा प्रविष्ट गरिएको मिति: _____
 इमेल पठाएको मिति: _____

आजको मिति

बच्चाको नाम

ETID नम्बर

बच्चाको जन्म मिति

प्रारम्भिक सहायता (EI) सेवाहरूका लागि भुक्तानी

अभिभावकको नाम			अभिभावकको नाम		
ठेगाना			ठेगाना		
सहर	राज्य	जिप कोड	सहर	राज्य	जिप कोड
सामाजिक सुरक्षा नम्बर	बच्चासँगको नाता		सामाजिक सुरक्षा नम्बर	बच्चासँगको नाता	
घरको फोन नम्बर	कार्यालयको फोन नम्बर		घरको फोन नम्बर	कार्यालयको फोन नम्बर	
EI सेवा संयोजकको नाम			EI सेवा संयोजकको इमेल		

प्रदायक निकायको नाम:	काउन्टी:
के भुक्तानी गर्न सक्नुहुन्छ? <input type="checkbox"/> सक्छु <input type="checkbox"/> सक्दिनँ	बच्चाको लिंग: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
परिवारले सार्वजनिक वा निजी बीमाको प्रयोगका लागि सहमति दिएको? <input type="checkbox"/> छ (कृपया EI-05 संलग्न गर्नुहोस्) <input type="checkbox"/> छैन	
के सेवाहरू प्राकृतिक वातावरणमा उपलब्ध गराइन्छ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	सबैभन्दा पछिल्लो प्रारम्भिक/वार्षिक IFSP मिति: _____

IFSP मा सिफारिस गरिएका प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू (आवश्यक भएमा पाना थप्नुहोस्)

IFSP को प्रकार: प्रारम्भिक वार्षिक आवधिक

EI-16 पुनः पेश गर्ने

सिफारिस गरिएका सेवाहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्	EI सेवा	पटक (जस्तै: 8 x 45 मिनेट/180 दिन)	IFSP हस्ताक्षर मिति	IFSP समाप्ति मिति	राज्यको प्रयोगका लागि मात्र	
					SVC वर्ग	युनिटहरू
<input type="checkbox"/>	मूल्याङ्कन/जाँच				43 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	टोली/IFSP बैठकहरू				EICAT1	
<input type="checkbox"/>	बोली/OT खुवाउने थेरापी				ST	
<input type="checkbox"/>	बोली				थेरापी	
<input type="checkbox"/>	OT					
<input type="checkbox"/>	PT					
उद्धरण संलग्न छ? <input type="checkbox"/>	सहयोगी प्रविधि					
<input type="checkbox"/>	सूचीबद्ध नगरिएको EI सेवा:					

राज्यका नोटहरू मात्र



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

फाराम EI-17

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

ETID नम्बर

असाधारण औषधोपचार खर्चको विवरण

अभिभावकको नाम(हरू): _____

अभिभावकको आय: साप्ताहिक (52) द्वि-साप्ताहिक (26) मासिक (12) द्वि-मासिक (24) परिवारको आकार: _____

तलब भुक्तानीको अधकट्टीको मिति(हरू) _____

कुल रकम(हरू) _____

अभिभावकको आय: साप्ताहिक (52) द्वि-साप्ताहिक (26) मासिक (12) द्वि-मासिक (24) परिवारको आकार: _____

तलब भुक्तानीको अधकट्टीको मिति(हरू) _____

कुल रकम(हरू) _____

कुल वार्षिक आय: _____

परिवारको आय संघीय गरीबी स्तर (FPL) को 210-401% वा सोभन्दा बढी भए नभएको हिसाब गर्नका लागि <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> मा जानुहोस् ।

_____ x _____ = _____
कुल वार्षिक आय EME औषधोपचारमा लागेको स्वर्च

मैले US Department of Health and Human Services ले निर्धारण गरेको हालैको संघीय गरीबी स्तरको आधारमा औषधोपचारमा हुने अनुमानित स्वर्च हिसाब गरेको छु र यो जानकारी संघीय रेजिस्टरमा प्रकाशित गर्नुका साथै अभिभावकलाई पनि प्रदान गरेको छु । DCY ले यो जानकारी प्रयोग गरी परिवारको असाधारण औषधोपचार खर्च हिसाब गर्नेछ ।

EI सेवा संयोजकको नाम

मिति

EI सेवा संयोजकको हस्ताक्षर



Department of
Children & Youth
Help Me Grow Early Intervention

फाराम EI-18

औषधोपचारमा परिवारको स्वखर्चको विवरण राख्ने तालिका

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

परिवारको वार्षिक आय

IFSP बनाएको वर्ष

फाराम EI-17 बाट औषधोपचारमा भएको स्वखर्चहरू

EI सेवा संयोजकले DODD मा पेश गर्नुपर्ने:

IFSP सँगै प्रारम्भिक सहायता सेवा फाराम EI-15, EI-16, EI-17 संलग्न गरिएको छ ?

हो

होइन

रसिद नम्बर	भुक्तानीको गरिएको मिति	भुक्तानी यसका	औषधोपचार खर्चको रकम	तपाईंले भुक्तानी गर्नुभएको रकम (<small>\$100 भन्दा बढीको रकमका लागि रसिद संलग्न गर्नुहोस्</small>)



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

बच्चाको नाम

रसिद नम्बर

भुक्तानीको
गरिएको मिति

भुक्तानी यसका लागि
गरिएको थियो:

औषधोपचार खर्चको
रकम

तपाईंले भुक्तानी गर्नुभएको रकम
(\$100 भन्दा बढीको रकमका लागि रसिद संलग्न गर्नुहोस्)

रसिद नम्बर	भुक्तानीको गरिएको मिति	भुक्तानी यसका लागि गरिएको थियो:	औषधोपचार खर्चको रकम	तपाईंले भुक्तानी गर्नुभएको रकम (\$100 भन्दा बढीको रकमका लागि रसिद संलग्न गर्नुहोस्)

राज्यको प्रयोगका लागि मात्र

ETID नम्बर

भयो

भएन

औषधोपचारमा स्वखर्च पूरा भयो ?

विभागको आधिकारिक व्यक्तिको नामको प्रथमाक्षर

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

ETID नम्बर

मूल्याङ्कन तथा जाँच गर्ने टोली सदस्यहरू

पूरा गरिएको मिति

भाग C श्रवण जाँचसूची E/A गर्न योग्य कुनै पनि भाग C प्रदायकद्वारा गरिन्छ । सबै बालबालिकाका लागि प्रारम्भिक योग्यता तथा जाँचको बेला जाँचसूचीको काम पूरा गरिन्छ र त्यसपछि बच्चाको वार्षिक जाँचको बेला अद्यावधिक गरिन्छ । बच्चाको जाँचको सारांशमा जाँचसूचीका नतिजाहरू समावेश गरिनेछ । कुनै पनि जोखिम कारक वा चिन्ता देखिएमा जाँचसूचीका साथै कुनै पनि सान्दर्भिक चिकित्सकीय रेकर्डहरूलाई EI श्रवणसम्बन्धी प्रदायकसँग साझा गरिने छ जसले टोलीसँग परामर्श गरी रिफरल र/वा श्रवणसम्बन्धी सेवाहरूको आवश्यकता निर्धारण गर्नेछन् ।

श्रवणसम्बन्धी स्क्रिनिङ अर्थात् प्रारम्भिक जाँच वा अडियोलोजिकल मूल्याङ्कनभन्दा पहिले

नवजात शिशुको श्रवणसम्बन्धी स्क्रिनिङका नतिजाहरू:

- सफल
 जोखिमका कारकहरूका साथमा सफल
 रिफर गरिएव
 नवजात शिशुको श्रवणसम्बन्धी स्क्रिनिङ गरिएन वा नतिजाहरू अज्ञात

अन्य श्रवणसम्बन्धी स्क्रिनिङका नतिजाहरू (उदाहरणका लागि बच्चाको सुस्वास्थ्यको जाँच)

स्क्रिनिङको मिति: _____

स्क्रिनिङको स्थान: _____

प्रयोग गरिएको स्क्रिनिङ प्रोसिजर: _____

नतिजाहरू र सिफारिस गरिएको फलोअप: _____

पूर्ण अडियोलोजिकल मूल्याङ्कन

मूल्याङ्कनको मिति: _____

मूल्याङ्कनको स्थान: _____

मूल्याङ्कनकर्ता: _____

पूरा भएको परीक्षणको प्रकार: _____

नतिजाहरू र सिफारिस गरिएको फलोअप: _____

श्रवण शक्ति गुम्नुका जोखिम कारकहरू

यो समीक्षा चिकित्सकीय रेकर्डहरूको समीक्षाद्वारा र/वा आमा वा बुबासँगको अन्तरवार्तामार्फत पूरा गर्न सकिन्छ । लागू हुने सबैमा विन्ह लगाउनुहोस् ।

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> जन्मदाको तौल धेरै कम (1500 ग्राम/3.3 पाउण्डभन्दा कम) | <input type="checkbox"/> समय नपुगिकनै जन्मिएको (37 हप्ताभन्दा कमको गर्भावस्था) |
| <input type="checkbox"/> कानमा क्षति/क्रेनियोफेसियल खराबी | <input type="checkbox"/> NICU मा 5 दिनभन्दा बढी समय राखिएको |
| <input type="checkbox"/> शेकन इन्फ्यान्ट सिन्ड्रोमलगायत ट्रमाटिक ब्रेन इन्जुरी | <input type="checkbox"/> परिवारमा बाल्यावस्थामा श्रवण शक्ति गुम्ने इतिहास |
| <input type="checkbox"/> केमोथेरापी | <input type="checkbox"/> न्यूरोफाइब्रोमेटोसिस प्रकार <input type="checkbox"/> I, <input type="checkbox"/> II वा <input type="checkbox"/> III |
| <input type="checkbox"/> ब्याक्टेरियल मेनिन्जाइटिस/प्रसवपछिका अन्य सङ्क्रमणहरू | <input type="checkbox"/> नवजात शिशुको पल्मोनरी हाइपरटेन्सन रहिरहने |
| <input type="checkbox"/> बोली, भाषा वा श्रवणका बारेमा अभिभावक वा स्याहारकर्ताका चिन्ताहरू | |
| <input type="checkbox"/> साइटोमेगालोभाइरस, हर्पिस, टक्सोप्लाज्मोसिस वा रुबेला जस्ता गर्भाशयमा सङ्क्रमणहरू | |
| <input type="checkbox"/> दोहोरिरहने वा लगातार भइरहने रुघा, एलर्जिका लक्षण वा कानका सङ्क्रमणहरू | |
| <input type="checkbox"/> हन्टर सिन्ड्रोम, फ्रेड्रिक्स एटेक्सिया र चार्कोट-मेरी-टुथ सिन्ड्रोमलगायत न्यूरोडिजेनेरेटिभ विकारहरू | |
| <input type="checkbox"/> श्रवण शक्ति गुम्नेसँग सम्बन्धित सिन्ड्रोमहरू, जस्तै कि ओस्टियोपेटोसिस, उर्सर्स सिन्ड्रोम, गोल्डेनहर सिन्ड्रोम, ब्राङ्कियो-ओटो-रेनल सिन्ड्रोम, चार्ज एसोसियसन, पेन्डेड सिन्ड्रोम, पिपरे रोबिन सिन्ड्रोम, ट्राइसोमी 21 (डाउन) सिन्ड्रोम, वारडेनबर्ग सिन्ड्रोम, कोएनल एट्रेसिया, स्टिकलर सिन्ड्रोम र रुबिन्स्टाइन-टेबी सिन्ड्रोम | |

व्यवहारजन्य अवलोकनहरू

मूल्याङ्कन र जाँचका उपकरणहरूबाट सङ्कलन गरिएको जानकारीका साथै अनौपचारिक अवलोकन र अभिभावकको रिपोर्टलाई यो जाँचसूची पूरा गर्न प्रयोग गर्न सकिन्छ । बच्चाको विकासजन्य उमेरका लागि सबैभन्दा उपयुक्त उमेरको दायरामा सुरु गर्नुहोस् । लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस् ।

6 महिनासम्म: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ठूलो, अचानक हुने आवाजमा उराउने, रुने गर्छन् <input type="checkbox"/> कुरा गर्दा वा शान्त बनाउने आवाजले चुप लाग्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> सानो स्वरमा आवाज निकाल्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> केही आवाजहरू निकाल्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> आवाजको स्रोततर्फ आँखा वा टाउको फर्काउने गर्छन् 	9 महिनासम्म: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> सङ्गीत वा गायनमा सहभागी हुने वा सुन्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> विभिन्न आवाज निकाल्ने; बरबराउने गर्छन् (बा-बा-बा, गा-गा-गा) <input type="checkbox"/> पछाडिबाट बोलाउँदा टाउको घुमाउने गर्छन् <input type="checkbox"/> "हुँदैँ" भन्दा वा नामले बोलाउँदा रोकिने/ध्यान दिने गर्छन्
12 महिनासम्म: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> अरूले निकाल्ने केही आवाज दोहोर्‍याउन सुरु गर्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> आफ्नो नाममा प्रतिक्रिया जनाउने गर्छन् <input type="checkbox"/> विभिन्न आवाज र स्वरका ढाँचाहरू प्रयोग गरी तोते बोली निकाल्ने गर्छन् 	18 महिनासम्म: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 3 –20 वा बढी शब्दहरू प्रयोग गर्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> सामान्य आदेशहरू पालना गर्ने गर्छन् (जस्तै, "यहाँ आऊ ।") <input type="checkbox"/> शब्द/आवाज र इशाराहरू प्रयोग गरी चाहना/आवश्यकताहरू सङ्केत गर्ने गर्छन्
24 महिनासम्म: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> शरीरका केही भागहरूमा देखाउने गर्छन् <input type="checkbox"/> 50 –100 वा सोभन्दा बढी शब्दहरू प्रयोग गर्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> 300 वा सोभन्दा बढी शब्दहरू बुझ्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> कथाहरू सुन्नु आनन्द मात्रै गर्छन् <input type="checkbox"/> 2 शब्दका "वाक्यहरू" प्रयोग गर्न सुरु गर्ने गर्छन् 	36 महिनासम्म: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 3 देखि 4 शब्दका वाक्यांशहरू प्रयोग गर्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> 50 –75% समयमा बुझिने गरी बोल्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> 2 चरणको आदेश पालना गर्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> 50 –250 वा सोभन्दा बढी शब्दहरू प्रयोग गर्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> उनलाई भनिएका धेरैजसो कुराहरू बुझ्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> विभिन्न आवाजहरूको ख्याल राख्ने गर्छन् (डोरबेल, फोन आदि)

बच्चाको श्रवणका बारेमा चिन्ता जनाउने कुनै पनि व्यवहारजन्य अवलोकन पहिचान गर्नुहोस्:

निष्कर्ष

- Ohio EI श्रवणसम्बन्धी जाँचसूचीका एउटा वा सोभन्दा बढी अवयवहरूले Ohio EI श्रवणसम्बन्धी प्रदायकद्वारा समीक्षा गर्ने आवश्यकता रहेको जनाउँछन् ।
- Ohio EI श्रवणसम्बन्धी जाँचसूचीमा Ohio EI श्रवणसम्बन्धी प्रदायकद्वारा समीक्षा गर्ने आवश्यकता भएको कुनै पनि अवयव छैनन् ।

यदि EI श्रवणसम्बन्धी प्रदायकले बालरोगसम्बन्धी अडियोलोजिकल मूल्याङ्कनका लागि रिफरलको आवश्यकता भएको निर्धारण गरेमा EI सेवा संयोजकले आमाबुबालाई रिफरल गर्न र बच्चाको प्राथमिक स्याहार चिकित्सक र/वा अडियोलोजिस्टलाई श्रवणसम्बन्धी जाँचसूची साझा गर्ने सहमति प्राप्त गर्नमा सहायता गर्नुहुनेछ ।

Ohio EI दृष्टिसम्बन्धी जाँचसूची

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

ETID नम्बर

मूल्याङ्कन तथा जाँच गर्ने टोली सदस्यहरू

पूरा गरिएको मिति

भाग C दृष्टिसम्बन्धी जाँचसूची मूल्याङ्कन र जाँचहरू गर्न योग्य कुनै पनि भाग C प्रदायकद्वारा गरिन्छ । सबै बालबालिकाका लागि प्रारम्भिक योग्यता तथा जाँचको बेला जाँचसूचीको काम पूरा गरिन्छ र त्यसपछि बच्चाको जाँचको बेला वार्षिक रूपमा अद्यावधिक गरिन्छ । बच्चाको जाँचको सारांशमा जाँचसूचीका नतिजाहरू समावेश गरिनेछ । कुनै पनि जोखिम कारक वा चिन्ता देखिएमा जाँचसूचीका साथै कुनै पनि सान्दर्भिक चिकित्सकीय रेकर्डहरूलाई EI दृष्टिसम्बन्धी प्रदायकसँग साझा गरिने छ जसले टोलीसँग परामर्श गरी रिफरल र/वा दृष्टिसम्बन्धी सेवाहरूको आवश्यकता निर्धारण गर्नेछन् ।

दृष्टिसम्बन्धी स्क्रिनिङ अर्थात् प्रारम्भिक जाँच वा मूल्याङ्कनभन्दा पहिले

दृष्टिसम्बन्धी स्क्रिनिङ/मूल्याङ्कनका नतिजाहरू

मिति: _____

स्थान: _____

प्रयोग गरिएको मूल्याङ्कन प्रोसिजर: _____

मूल्याङ्कनकर्ता: _____

नतिजाहरू र सिफारिस गरिएको फलोअप: _____

दृष्टिमा खराबीका लागि जोखिम कारकहरू

यो समीक्षा चिकित्सकीय रेकर्डहरूको समीक्षाद्वारा र/वा आमा वा बुबासँगको अन्तर्वार्तामार्फत पूरा गर्न सकिन्छ । लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस् ।

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NICU मा 5 दिनभन्दा बढी समय राखिएको | <input type="checkbox"/> सेरेब्रल पाल्सी |
| <input type="checkbox"/> समय नपुगिकनै जन्मिएको (37 हप्ताभन्दा कमको गर्भावस्था) | <input type="checkbox"/> चार्ज सिन्ड्रोम |
| <input type="checkbox"/> इन्ट्रायुटेरिन ड्रग एक्सपोजर | <input type="checkbox"/> फेटल अल्कोहल सिन्ड्रोम |
| <input type="checkbox"/> मेनिनजाइटिस | <input type="checkbox"/> हाइड्रोसेफलस |
| <input type="checkbox"/> इन्सेफलाइटिस | <input type="checkbox"/> हाइपोक्सिया, एनोक्सिया, जन्मसम्बन्धी आघात |
| <input type="checkbox"/> डाउन सिन्ड्रोम | <input type="checkbox"/> सिजर (कम्पन) |
| <input type="checkbox"/> श्रवण शक्ति गुम्ने | <input type="checkbox"/> टाउकोमा आघात/ट्रमाटिक ब्रेन इन्जुरी |
| <input type="checkbox"/> स्ट्रोक वा इन्ट्राभेन्ट्रिकुलर हेमोरेज (IVH ग्रेड I, II, III वा IV) | |
| <input type="checkbox"/> परिवारमा टेढो गरेर हेर्ने निदानको इतिहास (जस्तै एम्ब्लियोपिया वा स्ट्राबिसमस) | |
| <input type="checkbox"/> परिवारको वंशाणुगत रूपमा दृष्टि गुम्ने इतिहास (जस्तै रेटिनोब्लास्टोमा, अल्बिनिजम) | |
| <input type="checkbox"/> साइटोमेगालोभाइरस (CMV), रुबेला, हर्पिस, टक्सोप्लाज्मोसिस वा सिफिलिस जस्ता गर्भाशयमा सङ्क्रणहरू | |
| <input type="checkbox"/> अन्य सिन्ड्रोमहरू जस्तै गोल्डेनहार, हर्लर, मार्फान, नोरी, रेफ्सम, ट्राइसोमी 13, टे-स्याक्स, न्यूरोफाइब्रोमेटोसिस, लोविज, स्टिकलर | |

व्यवहाराजन्य अवलोकनहरू

यो जाँचसूची पूरा गर्न अनौपचारिक अवलोकन र अभिभावकको रिपोर्ट प्रयोग गर्न सकिन्छ । लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस् ।

3 महिनासम्म:

- अरूलाई हेरेर मुस्कुराउने गर्छन्
- आफ्नै हात हेर्ने गर्छन्

6 महिनासम्म:

- गुडिरहेको बल कहाँ पुगेको छ भनेर ध्यान दिने गर्छन्
- दुई वस्तुहरू बिचमा हेराइ बदल्ने गर्छन्
- सबै दिसाहरूमा वस्तुलाई आँखाले पछ्याएको देखाउने गर्छन्

12 महिनासम्म:

- सानो वस्तुलाई हेर्ने गर्छन् (जस्तै, रेजिन, चिरियो)
- कोठामा परिचित वस्तुहरू पहिचान गर्ने गर्छन् (8 – 10 फिट)
- किताबमा तस्वीरहरू हेर्ने गर्छन्
- वस्तुहरूका लागि कन्टेनरमा हात हाल्ने गर्छन्
- द्रुत रूपमा चलिरहेका वस्तुलाई पछ्याउने गर्छन्

बच्चाको नाम	बच्चाको जन्म मिति	ETID नम्बर
24 महिनासम्म: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> साना वस्तुहरूमा ध्यान केन्द्रित गर्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> घरबाहिर टाढा रहेका रोचक वस्तुहरू देखाउने गर्छन् <input type="checkbox"/> तस्वीरहरूका स-साना विवरण पहिचान गर्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> आँखाहरूलाई सँगै सर्ने क्षमता देखाउने र नजिकैका वस्तुहरू हेर्दा भित्र हेर्ने गर्छन् (कन्भर्जेन्स) <input type="checkbox"/> आँखाको राम्रोसँग विकसित अनुकूलता देखाउने गर्छन्; बच्चाको नाकको नजिक वस्तुहरू लैजाँदा आँखाका नानीहरू खुम्चिन्छन् 	36 महिनासम्म: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> वृत्तको नक्कल गर्ने गर्छन् <input type="checkbox"/> आँखाहरू सहज तरिकाले सँगै सर्ने र नजिकैका वस्तुहरू हेर्दा भित्रतिर हेर्ने गर्छन्(कन्भर्जेन्स) 	

<p>बच्चाको दृष्टिका बारेमा चिन्ता जनाउने कुनै पनि व्यवहारजन्य अवलोकन पहिचान गर्नुहोस्:</p>

आँखाको अवलोकन

रहेका दृष्टिको खराबीका लागि सबै उच्च जोखिमका सङ्केतहरू जनाउने बाकसहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस् । लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस् ।

आँखाको असामान्य देखावट: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> आँखाको ढकनी झोलिने जसले नानीलाई छोप्छन् <input type="checkbox"/> कन्जङ्क्टिभाको निरन्तर रातोपना (सामान्यतया सेतो हुन्छ) <input type="checkbox"/> चम्किलो प्रकाशमा उच्च संवेदनशीलता जुन आँखा खुम्च्याएर, चिम्लेर वा टाउको अर्कैतिर घुमाएर जनाइने गरिन्छ <input type="checkbox"/> आँखाको आाकर वा संरचनामा स्पष्ट असामान्यताहरू <input type="checkbox"/> नरोइकन लगातार आँसु आउने <input type="checkbox"/> स्पष्ट, कालो नानी नभएको <input type="checkbox"/> आँखामा बादल लाग्ने 	आँखाको असामान्य चाल: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> अनैच्छिक चाल/आँखा फरफराउने (निस्ट्याग्मस) <input type="checkbox"/> एउटा वा दुवै आँखा भित्र/बाहिर/माथि/तल गएको <input type="checkbox"/> आँखा सँगै नसार्ने वा चार वा छ महिनाको उमेरपछि आँखा लगातार घुमाउने
असामान्य हेराइ वा टाउकोको स्थिति: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> वस्तुमा हेर्दा टाउको ढल्काउने/घुमाउने <input type="checkbox"/> वस्तुलाई आँखाको नजिक राख्ने <input type="checkbox"/> नजर फेर्ने वा ध्यान दिनुपर्ने वस्तुको छेउमा, तल वा माथि हेरेको जस्तो देखिने 	निम्न व्यवहारहरू नहुने: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> तीन महिनाको उमेरदेखि आँखाको सम्पर्क नगर्ने <input type="checkbox"/> तीन महिनादेखि स्थिर दृष्टि राख्ने वा पछ्याउने <input type="checkbox"/> छ महिनादेखि वस्तुहरूसम्म सटीक रूपमा पुग्ने

निष्कर्ष

- Ohio EI दृष्टिसम्बन्धी जाँचसूचीका एउटा वा सोभन्दा बढी अवयवहरूले Ohio EI दृष्टिसम्बन्धी प्रदायकद्वारा समीक्षा गर्ने आवश्यकता रहेको जनाउँछन् ।
- Ohio EI दृष्टिसम्बन्धी जाँचसूचीमा Ohio EI दृष्टिसम्बन्धी प्रदायकद्वारा समीक्षा गर्ने आवश्यकता भएको कुनै पनि अवयव छैनन् ।

यदि EI दृष्टिसम्बन्धी प्रदायकले दृष्टिको मूल्याङ्कनका लागि रिफरलको आवश्यकता भएको निर्धारण गरेमा EI सेवा संयोजकले आमाबुबालाई रिफरल गर्न र बच्चाको प्राथमिक चिकित्सक र/वा अप्याल्मोलोजिस्ट/अष्टोमेट्रिस्टलाई दृष्टिसम्बन्धी जाँचसूची साझा गर्ने सहमति प्राप्त गर्न सहायता गर्नुहुनेछ ।