

# Formulário EI-01

Data

Nome da criança

Data de nascimento da criança

Número ETID

## Aviso Prévio por Escrito e Consentimento para o Rastreamento do Desenvolvimento

O rastreamento do desenvolvimento é usado para determinar se há suspeita de atraso no desenvolvimento da criança. O rastreamento inclui a coleta de informações suas, do pai/mãe e de outro(s) que você escolher, utilizando um instrumento de rastreamento que abranja todas as áreas de desenvolvimento; podendo incluir o monitoramento de seu filho. Você pode solicitar uma avaliação do desenvolvimento a qualquer momento, independentemente do resultado do rastreamento. Deve ser fornecido a você um aviso por escrito pelo menos 10 dias antes do rastreamento.

Meu coordenador de serviço esclareceu todas as informações relacionadas ao rastreamento do desenvolvimento e explicou meus direitos parentais, incluindo o fornecimento do consentimento.

Tenho uma cópia da brochura sobre Direitos dos Pais na Intervenção Precoce (EI)

[ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials).

Compreendo que possuo opções de resolução de disputas caso eu tenha alguma reclamação a respeito da intervenção precoce (EI). Compreendo e dou o meu consentimento para o rastreamento do desenvolvimento do meu filho(a). Entendo que meu consentimento é voluntário e pode ser retirado a qualquer momento.

### Renúncia de notificação (opcional)

Compreendo e concordo em renunciar ao meu direito de receber uma notificação por escrito 10 dias corridos

\_\_\_\_\_  
Iniciais do(s) pai(s)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome do pai/mãe

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/mãe

\_\_\_\_\_  
Data



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Formulário EI-02

Data \_\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento da criança \_\_\_\_\_ Número ETID \_\_\_\_\_

## Aviso Prévio por Escrito e Consentimento para a Avaliação de desenvolvimento e avaliação da criança

A **avaliação de desenvolvimento** é conduzida por uma equipe de intervenção precoce (EI) – um ou mais profissionais – para determinar se a criança reúne as condições necessárias para receber o serviço mesmo sem um problema de saúde confirmado que a qualifique.

A avaliação da criança, **geralmente realizada ao** mesmo tempo que a avaliação de desenvolvimento, visa compreender como filho(a) participa nas rotinas e atividades diárias da sua família. Ambas as avaliações incluem:

- Uma revisão de registros relevantes, incluindo prontuários médicos que você concorda em divulgar;
- Observação sobre a criança;
- Informações fornecidas por você sobre o desenvolvimento de seu filho, incluindo a participação dele(a) nas rotinas e atividades diárias
- Utilização de ferramenta(s) de avaliação que forneçam informações sobre o desenvolvimento do seu filho(a) nas áreas de comunicação, adaptação/autogestão bem como nas áreas sociais/emocionais, cognitivas/de raciocínio/resolução de problemas, de coordenação motora/mobilidade, visuais e auditivas

Durante a **avaliação dirigida à família**, você compartilha suas **preocupações e prioridades** para incluir com êxito seu filho(a) em suas atividades diárias. Você discutirá os recursos que você tem ou pode precisar para fornecer suporte no desenvolvimento do seu filho(a).

Se for determinado que seu filho(a) reúne as condições necessárias, as informações da avaliação de desenvolvimento e da avaliação da criança e da avaliação dirigida à família serão usadas para desenvolver o Plano de Serviço Familiar Individualizado e para determinar quais serviços de EI são necessários para apoiar você e seu filho(a). Um aviso por escrito deve ser fornecido a você pelo menos 10 dias corridos antes da avaliação de desenvolvimento e avaliação de seu filho(a).

Marque todas as opções aplicáveis:

- Identificar a elegibilidade do seu filho(a) para EI pela realização de uma avaliação **de desenvolvimento**.
- Identificar os pontos fortes e as necessidades do seu filho(a) pela avaliação **de desenvolvimento**.
- Identificar suas preocupações, prioridades e recursos relacionados ao apoio ao desenvolvimento do seu filho(a) por meio de uma **avaliação dirigida à família**

### Renúncia de notificação (opcional)

Compreendo e concordo em renunciar ao meu direito de receber uma notificação por escrito 10 dias corridos antes da atividade proposta.

\_\_\_\_\_  
Iniciais do(s) pai(s)

\_\_\_\_\_  
Data

Meu coordenador de serviço esclareceu todas as informações relacionadas à avaliação dirigida à família e explicou meus direitos parentais, incluindo o fornecimento do consentimento. Tenho uma cópia da brochura de Direitos dos Pais na Intervenção Precoce (EI) ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Compreendo que possuo opções de resolução de disputas caso eu tenha alguma reclamação a respeito da intervenção precoce (EI). Entendo que, para que meu filho(a) seja atendido no sistema EI, a elegibilidade deve ser determinada e a avaliação da criança deve ser concluída. Também entendo que minha decisão sobre a avaliação direcionada à família não afeta a elegibilidade de meu filho(a) para receber serviços de EI. Entendo que meu consentimento é voluntário e pode ser retirado a qualquer momento.

Autorizo a avaliação do \_\_\_\_\_ desenvolvimento do meu filho(a) \_\_\_\_\_ a avaliação da criança \_\_\_\_\_ a avaliação direcionada à família.  
(Iniciais) (Iniciais) (Iniciais)

\_\_\_\_\_  
Nome do pai/mãe

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/mãe

\_\_\_\_\_  
Data



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Formulário EI-03

Data \_\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento da criança \_\_\_\_\_ Nome do pai/mãe \_\_\_\_\_ Número ETID \_\_\_\_\_

## Aviso prévio por escrito da determinação de elegibilidade

Idade da criança \_\_\_\_\_

Idade ajustada (se aplicável) \_\_\_\_\_

Data da determinação da elegibilidade \_\_\_\_\_

### Motivo(s) da indicação

### Status de elegibilidade

- Seu filho(a) se qualifica para receber os serviços de Intervenção Precoce (EI) de Ohio** devido a um quadro clínico ou mental diagnosticado com alta probabilidade de resultar em um atraso no desenvolvimento.

Enfermidade diagnosticada:

Documentação usada para confirmar o diagnóstico:

(\* se seu filho(a) reunir as condições necessárias para receber os serviços de EI devido a uma enfermidade diagnosticada, o restante desta página e a página 2 não deverão ser preenchidos)

- Seu filho(a) reúne as condições necessárias para receber os serviços de Intervenção Precoce (EI) de Ohio** devido a um atraso no desenvolvimento, conforme determinado pela equipe de avaliação da EI, por meio de \*\*

- as pontuações em uma ferramenta de avaliação ou  o parecer médico informado, na(s) seguinte(s) área(s):
- Comunicação expressiva     Social/Emocional     Coordenação motora fina     Adaptativo
  - Comunicação receptiva     Cognição     Coordenação motora grossa

- Seu filho(a) não reúne as condições necessárias para receber os Serviços de Intervenção Precoce (EI).** Seu filho(a) foi avaliado(a) por uma equipe multidisciplinar e não apresenta atraso com base nas pontuações da avaliação e no parecer médico da equipe. \*\*

### Métodos usados para determinar o status de elegibilidade

Data de conclusão \_\_\_\_\_

(\*\* Preencher somente se a criança for elegível devido a atraso no desenvolvimento ou se não for elegível)

- Análise do histórico da criança por meio de prontuários médicos/histórico escolar/outros documentos
- Análise do histórico da criança por meio de entrevista com os pais/família
- Observação
- Ferramenta de avaliação
  - Escalas Bayley de desenvolvimento do bebê e da criança pequena
  - Inventário de Desenvolvimento Battelle
- Avaliação auditiva
- Avaliação oftalmológica
- Outros (opcional):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

## Resumo dos resultados da avaliação

### Membros da Equipe de Avaliação Multidisciplinar

**Nome do avaliador:**

*Telefone:*

*E-mail:*

*Disciplina:*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Especialista em Desenvolvimento            | <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo         |
| <input type="checkbox"/> Professor da pré-escola/ensino fundamental | <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Assistente social                          | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta        |
| <input type="checkbox"/> Oftalmologista                             | <input type="checkbox"/> Enfermeiro            |
| <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologista                     | <input type="checkbox"/> Outro: _____          |

**Nome do avaliador:**

*Telefone:*

*E-mail:*

*Disciplina:*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Especialista em Desenvolvimento            | <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo         |
| <input type="checkbox"/> Professor da pré-escola/ensino fundamental | <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Assistente social                          | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta        |
| <input type="checkbox"/> Oftalmologista                             | <input type="checkbox"/> Enfermeiro            |
| <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologista                     | <input type="checkbox"/> Outro: _____          |

**Nome do avaliador:**

*Telefone:*

*E-mail:*

*Disciplina:*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Especialista em Desenvolvimento            | <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo         |
| <input type="checkbox"/> Professor da pré-escola/ensino fundamental | <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Assistente social                          | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta        |
| <input type="checkbox"/> Oftalmologista                             | <input type="checkbox"/> Enfermeiro            |
| <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologista                     | <input type="checkbox"/> Outro: _____          |

---

**Se seu filho(a) reunir as condições necessárias para receber os serviços de Intervenção Precoce de Ohio:**

Os serviços de EI de Ohio tem como proposta trabalhar com você para desenvolver um Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP), incluindo "resultados" (ou metas) e serviços de intervenção precoce necessários para atingir esses resultados. Quando o Ohio EI determinar que seu filho é elegível, você deverá receber uma notificação prévia por escrito pelo menos dez dias corridos antes de iniciar ou alterar um serviço do EI, que será adicionado ao plano de sua família durante uma reunião do IFSP. Se desejar, você poderá renunciar a notificação prévia de dez dias antes de iniciar um serviço de EI na Seção 6 do IFSP.

O coordenador de serviços de EI entrará em contato com você para agendar uma reunião do IFSP.

---

Nome do coordenador de serviços

Número de telefone

Endereço de e-mail

---

**Se seu filho(a) NÃO reunir as condições para receber os serviços de Intervenção Precoce de Ohio:**

O seu filho(a) atualmente demonstra habilidades e comportamentos similares aos de crianças da mesma idade.

Os serviços de EI de Ohio comunica a exclusão de seu filho(a) do sistema EI no prazo máximo de 10 dias a partir da data desta notificação. Nos quadros abaixo, sua equipe de avaliação forneceu recomendações para promover o desenvolvimento de seu filho(a) e possíveis apoios e recursos da comunidade que podem ser benéficos para sua família.

Como pai/mãe, você tem opções de resolução de disputas disponíveis. Uma cópia da brochura de Direitos dos Pais na Intervenção Precoce (EI) está incluída. Entre em contato com seu coordenador de serviço de EI se tiver alguma dúvida sobre esses resultados. Você também pode entrar em contato com o coordenador de serviço se tiver novas preocupações sobre o desenvolvimento de seu filho(a) antes dos três anos de idade.

---

Nome do coordenador de serviços

Número de telefone

Endereço de e-mail

---

Apoios e recursos comunitários que possam ser do seu interesse:

Ideias e sugestões para promover o desenvolvimento do seu filho(a):

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:


**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

**Formulário EI-04 do Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP)**

Tipo de IFSP e data	<input type="checkbox"/> Inicial _____	<input type="checkbox"/> Periódico _____	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Anual _____	<input type="checkbox"/> Periódico _____	Periódico _____
			<input type="checkbox"/> TPC _____

Número ETID

**Seção 1: Informações da criança e da família**

Primeiro nome da criança	Sobrenome	Alcunha	Data de nascimento
Línguas faladas com a criança	É necessário um intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Raça e etnia da criança	Distrito escolar da residência da criança
Nome do pai/mãe	Endereço	Mora com a criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Grau de relação com a criança se não for pai/mãe biológico ou adotivo	Telefone: Celular (C); Residencial (R); Trabalho (T)		
Endereço de e-mail	Método de contato preferido <input type="checkbox"/> Ligação <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Mensagem de texto	Horário de contato preferido	
Nome do pai/mãe	Endereço	Mora com a criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Grau de relação com a criança se não for pai/mãe biológico ou adotivo	Telefone: Celular (C); Residencial (R); Trabalho (T)		
Endereço de e-mail	Método de contato preferido <input type="checkbox"/> Ligação <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Mensagem de texto	Horário de contato preferido	

**Outras informações importantes da família**

(qualquer informação que você deseja fornecer sobre a cultura, as crenças religiosas ou as condições de habitação de sua família)

**Seção 2: Informações do Coordenador de Serviços de Intervenção Precoce**

O Coordenador de Serviços de Intervenção Precoce (IP) atua como ponto de contato único para a realização das seguintes atividades durante a sua participação na IP. Entre elas, estão:

- Explicar e garantir os seus direitos relativos à IP
- Coordenar a elegibilidade inicial e contínua do seu filho
- Coordenar as reuniões do Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP) dentro dos prazos requeridos, incluindo as reuniões solicitadas por você
- Ajudar a equipe do IFSP a desenvolver resultados que sejam funcionais e reflitam as suas preocupações e prioridades
- Ajudar na identificação, obtenção, financiamento e monitoramento dos serviços de IP necessários
- Ajudar na localização e conexão a outros suportes e recursos necessários e desejados
- Facilitar o desenvolvimento de um plano de transição antes dos três anos de idade

Nome do Coordenador de Serviços de IP	Telefone	E-mail
Nome da agência	Nome do supervisor e informações de contato	

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

### Seção 3: Avaliação da criança e da família

Data de conclusão da:

Avaliação da criança

Avaliação direcionada à família

Durante as avaliações da criança e da família, a equipe de avaliação reuniu informações de várias fontes. Tais informações estão resumidas nas páginas a seguir e serão a base para a elaboração de resultados e a identificação de estratégias e atividades para atender às necessidades da criança e da família.

#### As atividades de avaliação da criança a seguir devem ter sido realizadas ou analisadas

#### Data de conclusão

- Análise dos documentos de elegibilidade
- Análise do histórico da criança por meio de prontuários médicos/histórico escolar/outras documentos
- Análise do histórico da criança por meio de entrevista com os pais/família
- Coleta de informações junto a cuidadores, parentes e/ou outras pessoas para compreender o escopo completo dos pontos fortes e as necessidades específicas da criança
- Identificação do nível funcional da criança nas rotinas e atividades diárias de sua família
- Avaliação auditiva
- Avaliação oftalmológica
- Outros (opcional):

---

---

---

---

---

---

---

---

### Resumo do histórico da criança

Este é um resumo das informações relevantes obtidas por meio de entrevista com os pais e nos prontuários médicos, histórico escolar ou outros documentos, incluindo histórico do nascimento, idade gestacional, condições ou diagnósticos clínicos, doenças, hospitalizações, medicamentos, status/avaliação auditiva e oftalmológica, necessidades nutricionais e outras informações sobre o desenvolvimento.

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

## Resumo de rotinas e atividades diárias

### Os momentos mais fáceis ou mais agradáveis do dia com seu filho(a)

Atividade/rotina	Quem participa?	O que torna a atividade/rotina agradável?

### Os momentos mais desafiadores ou mais frustrantes do dia com seu filho(a)

Atividade/rotina	Quem participa?	O que torna a atividade/rotina desafiadora?

## Resumo do desenvolvimento da criança

As crianças desenvolvem habilidades em três áreas funcionais, conhecidas como Três Habilidades Infantis: (1) desenvolvimento de habilidades socioemocionais positivas; (2) aquisição e utilização de conhecimentos e competências; e (3) tomada de medidas adequadas para atender suas necessidades. Sua equipe reuniu informações por meio de observação, entrevista com a família, análise dos prontuários da criança e das informações que você compartilhou sobre a participação da criança nas atividades e rotinas da família. Tais resumos dos níveis atuais de desenvolvimento da criança representam os pontos fortes e necessidades individuais da criança com relação a colegas da mesma idade. Este link fornece mais informações sobre a divisão das habilidades funcionais para cada uma das [Três Habilidades Infantis](#).



Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

## **Desenvolvimento de habilidades socioemocionais positivas**

Este é um resumo de como a criança interage e brinca com a família, com outros adultos e com outras crianças. Ele inclui como a criança (1) demonstra afeto por membros da família, (2) compreende e utiliza seu nome e os nomes de outras pessoas, (3) se comunica em cumprimentos e despedidas, (4) brinca com colegas e adultos da família e desconhecidos, (5) demonstra posse em relação aos seus brinquedos e os compartilha com outras pessoas, (6) demonstra seus sentimentos e se acalma quando está nervosa e (7) participa de brincadeiras e segue regras sociais, como brincadeiras de esconde-esconde, cantar, dançar, brincadeiras lúdicas, aguardando sua vez.

---

---

**Para o IFSP anual e ao final** – A criança demonstrou alguma habilidade ou comportamentos novos

relacionados com o desenvolvimento de competências socioemocionais positivas desde a última

Sim  Não

Declaração Resumida dos Resultados da Criança?

**Declaração Resumida dos Resultados da Criança (Child Outcome Summary (COS))** – Em comparação com crianças da mesma idade, a criança:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Utiliza as habilidades esperadas nesta área de uma criança muito mais nova.   | <input type="checkbox"/> Utiliza ocasionalmente as habilidades esperadas para esta idade. Ela possui mais habilidades nesta área do que uma criança mais nova. |
| <input type="checkbox"/> Utiliza algumas habilidades precoces que são necessárias para o desenvolvimento de habilidades esperadas para esta idade. Ela ainda não utiliza habilidades esperadas para esta idade nesta área. | <input type="checkbox"/> Utiliza muitas habilidades esperadas para esta idade. Ela possui algumas habilidades de uma criança mais nova nesta área.             |
| <input type="checkbox"/> Utiliza muitas habilidades precoces que são necessárias para o desenvolvimento de habilidades esperadas para esta idade. Ela ainda não utiliza habilidades esperadas para esta idade nesta área.  | <input type="checkbox"/> Utiliza as habilidades esperadas nesta área. Mas existem possíveis preocupações.  |
|  | <input type="checkbox"/> Utiliza todas as habilidades esperadas nesta área.  |
-

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

### **Aquisição e utilização de conhecimentos e competências**

Este é um resumo de como a criança brinca, aprende coisas novas e comunica o que sabe para outras pessoas. Isso inclui como ela (1) observa e aprende com outras pessoas, (2) soluciona problemas, (3) analisa informações novas, (4) participa de brincadeiras com objetivos, (5) "lê" livros, (6) entende instruções e (7) utiliza gestos, palavras ou sinais para dizer a outras pessoas algo sobre o mundo ou para fazer perguntas.

---

---

**Para o IFSP anual e ao final** – A criança demonstrou alguma habilidade ou comportamentos novos relacionados com a aquisição e utilização de conhecimentos e competências desde a última Declaração Resumida dos Resultados da Criança?

Sim  Não

**Declaração Resumida dos Resultados da Criança (COS)** – Em comparação com crianças da mesma idade, a criança:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Utiliza as habilidades esperadas nesta área de uma criança muito mais nova.   | <input type="checkbox"/> Utiliza ocasionalmente as habilidades esperadas para esta idade. Ela possui mais habilidades nesta área do que uma criança mais nova. |
| <input type="checkbox"/> Utiliza algumas habilidades precoces que são necessárias para o desenvolvimento de habilidades esperadas para esta idade. Ela ainda não utiliza habilidades esperadas para esta idade nesta área. | <input type="checkbox"/> Utiliza muitas habilidades esperadas para esta idade. Ela possui algumas habilidades de uma criança mais nova nesta área.             |
| <input type="checkbox"/> Utiliza muitas habilidades precoces que são necessárias para o desenvolvimento de habilidades esperadas para esta idade. Ela ainda não utiliza habilidades esperadas para esta idade nesta área.  | <input type="checkbox"/> Utiliza as habilidades esperadas nesta área. Mas existem possíveis preocupações.  |
|  | <input type="checkbox"/> Utiliza todas as habilidades esperadas nesta área.  |
-

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

### **Adoção de medidas adequadas para atender às necessidades**

Este é um resumo de como a criança se movimenta com intenção, ajuda a cuidar de si mesma e comunica o que quer e precisa. Isso inclui como ela (1) se movimenta de um lugar a outro, (2) come e bebe, (3) participa das atividades de se vestir e despir, (4) dorme durante o horário da soneca e à noite, (5) participa das atividades de banho, troca de fraldas e ida ao banheiro, (6) segue instruções sobre segurança e (7) comunica seus desejos e necessidades a outras pessoas.

---

---

**Para o IFSP anual e ao final** – A criança demonstrou habilidades ou comportamentos novos relacionados com a adoção de medidas adequadas para responder às necessidades desde a última Declaração Resumida dos Resultados da Criança?

Sim  Não

**Declaração Resumida dos Resultados da Criança (COS)** – Em comparação com crianças da mesma idade, a criança:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Utiliza as habilidades esperadas nesta área de uma criança muito mais nova.   | <input type="checkbox"/> Utiliza ocasionalmente as habilidades esperadas para esta idade. Ela possui mais habilidades nesta área do que uma criança mais nova. |
| <input type="checkbox"/> Utiliza algumas habilidades precoces que são necessárias para o desenvolvimento de habilidades esperadas para esta idade. Ela ainda não utiliza habilidades esperadas para esta idade nesta área. | <input type="checkbox"/> Utiliza muitas habilidades esperadas para esta idade. Ela possui algumas habilidades de uma criança mais nova nesta área.             |
| <input type="checkbox"/> Utiliza muitas habilidades precoces que são necessárias para o desenvolvimento de habilidades esperadas para esta idade. Ela ainda não utiliza habilidades esperadas para esta idade nesta área.  | <input type="checkbox"/> Utiliza as habilidades esperadas nesta área. Mas existem possíveis preocupações.  |
|  | <input type="checkbox"/> Utiliza todas as habilidades esperadas nesta área.  |
-

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

## Resumo da avaliação direcionada à família (Family-Directed Assessment (FDA))

**FDA realizada por:** \_\_\_\_\_

### **Preocupações da família**

Este é um resumo das preocupações, dificuldades ou desafios que a criança e/ou a família experimentam durante as rotinas e atividades diárias, e que seria útil para a equipe de IP abordar.

### **Recursos familiares**

Este é um resumo dos recursos que a criança/família possui para suporte, incluindo pessoas, atividades, programas ou organizações, além de recursos que você ainda não possui, mas que deseja ou dos quais poderia se beneficiar.

### **Prioridades da família**

Este é um resumo das habilidades, atividades e/ou recursos específicos que você gostaria que a criança e/ou a família recebessem como resultado dos serviços de intervenção precoce.

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

## Seção 4: Resultados da criança e da família

Esta seção identifica resultados para a criança ou família com base no que vocês buscam, além das etapas para alcançar esses resultados. O resultado se baseia nas informações que você compartilhou sobre a vida diária da sua família durante a(s) avaliação(ões) da criança e da família. Cada resultado do IFSP deve ser escrito de forma clara para todos e com detalhes suficientes para que toda a equipe saiba quando ele for alcançado. Os resultados devem se basear no que você gostaria que acontecesse nas suas atividades familiares após obter os serviços e suporte de IP.

Número do resultado:	<input type="checkbox"/> O resultado desta <b>criança</b> aborda:	<input type="checkbox"/> O desenvolvimento de relações sociais positivas	<input type="checkbox"/> A aquisição e utilização de habilidades e conhecimentos novos	<input type="checkbox"/> Medidas para atender às próprias necessidades	<input type="checkbox"/> O resultado desta <b>família</b> aborda:	<input type="checkbox"/> O bem-estar familiar, a participação da família ou informações
Data de inclusão do resultado:						

**Resultado:**

**O que está sendo feito a respeito desse resultado?**

**Estratégias: Que medidas e atividades, incluindo quem e quando, nos ajudarão a alcançar o resultado do IFSP?**

**Suportes atualmente disponíveis para nos ajudar a alcançar este resultado (formais e naturais, incluindo serviços não fornecidos pela IP).**

**Revisão deste resultado:** Uma revisão do IFSP deve ocorrer pelo menos a cada seis meses, mas a periodicidade pode ser menor. Você pode solicitar uma revisão do IFSP a qualquer momento.

**Resultado da revisão:**

**Data da revisão:** \_\_\_\_\_

- Resultado alcançado       Dar continuidade ao resultado       Revisar o resultado       O resultado não é mais uma prioridade

**Novas preocupações ou acontecimentos que afetam este resultado:**

**Progresso feito para alcançar este resultado:**

**Estratégias atualizadas:**

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

## Seção 4: Resultados da criança e da família

Esta seção identifica o resultado para a criança ou família com base no que vocês buscam, além das etapas para alcançar tais resultados. O resultado se baseia nas informações que você compartilhou sobre a vida diária da sua família durante a(s) avaliação(ões) da criança e da família. Cada resultado do IFSP deve ser escrito de forma clara para todos e com detalhes suficientes para que toda a equipe saiba quando ele for alcançado. Os resultados devem se basear no que você gostaria que acontecesse nas suas atividades familiares após obter os serviços e suporte de IP.

Número do resultado:	<input type="checkbox"/> O resultado desta <b>criança</b> aborda:	<input type="checkbox"/> O desenvolvimento de relações sociais positivas	<input type="checkbox"/> A aquisição e a utilização de habilidades e conhecimentos novos	<input type="checkbox"/> Medidas para atender às próprias necessidades	<input type="checkbox"/> O resultado desta <b>família</b> aborda:	<input type="checkbox"/> O bem-estar familiar, a participação da família ou informações
Data de inclusão do resultado:						

**Resultado:**

**O que está sendo feito a respeito desse resultado?**

**Estratégias: Que medidas e atividades, incluindo quem e quando, nos ajudarão a alcançar o resultado do IFSP?**

**Suportes atualmente disponíveis para nos ajudar a alcançar este resultado (formais e naturais, incluindo serviços não fornecidos pela IP).**

**Revisão deste resultado:** Uma revisão do IFSP deve ocorrer pelo menos a cada seis meses, mas a periodicidade pode ser menor. Você pode solicitar uma revisão do IFSP a qualquer momento.

**Resultado da revisão:**

**Data da revisão:** \_\_\_\_\_

- Resultado alcançado       Dar continuidade ao resultado       Revisar o resultado       O resultado não é mais uma prioridade

**Novas preocupações ou acontecimentos que afetam este resultado:**

**Progresso feito para esse resultado:**

**Estratégias atualizadas:**

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

## Seção 4: Resultados da criança e da família

Esta seção identifica o resultado para a criança ou família com base no que vocês buscam, além das etapas para alcançar tais resultados. O resultado se baseia nas informações que você compartilhou sobre a vida diária da sua família durante a(s) avaliação(ões) da criança e da família. Cada resultado do IFSP deve ser escrito de forma clara para todos e com detalhes suficientes para que toda a equipe saiba quando ele for alcançado. Os resultados devem se basear no que você gostaria que acontecesse nas suas atividades familiares após obter os serviços e suporte de IP.

Número do resultado:	<input type="checkbox"/> O resultado desta <b>criança</b> aborda:	<input type="checkbox"/> O desenvolvimento de relações sociais positivas	<input type="checkbox"/> A aquisição e a utilização de habilidades e conhecimentos novos	<input type="checkbox"/> Medidas para atender às próprias necessidades	<input type="checkbox"/> O resultado desta <b>família</b> aborda:	<input type="checkbox"/> O bem-estar familiar, a participação da família ou informações
Data de inclusão do resultado:						

**Resultado:**

**O que está sendo feito a respeito desse resultado?**

**Estratégias: Que medidas e atividades, incluindo quem e quando, nos ajudarão a alcançar o resultado do IFSP?**

**Suportes atualmente disponíveis para nos ajudar a alcançar este resultado (formais e naturais, incluindo serviços não fornecidos pela IP).**

**Revisão deste resultado:** Uma revisão do IFSP deve ocorrer pelo menos a cada seis meses, mas a periodicidade pode ser menor. Você pode solicitar uma revisão do IFSP a qualquer momento.

**Resultado da revisão:**

**Data da revisão:** \_\_\_\_\_

- Resultado alcançado       Dar continuidade ao resultado       Revisar o resultado       O resultado não é mais uma prioridade

**Novas preocupações ou acontecimentos que afetam este resultado:**

**Progresso feito para alcançar esse resultado:**

**Estratégias atualizadas:**

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

## Seção 5: Plano de Transição da Criança e da Família

Os suportes e serviços fornecidos por meio da Intervenção Precoce se encerram quando a criança completa três anos. Esta seção serve como o seu plano de transição e identifica as necessidades de transição da criança e da família e as medidas e atividades necessárias para tornar a transição da IP o mais tranquila possível. Sua equipe trabalhará com você para elaborar um plano e auxiliará a identificar possíveis serviços ou apoios comunitários que possam ser benéficos para a criança e para a família.

Seu plano será elaborado entre **9 meses** ( \_\_\_\_\_ ) e **90 dias** ( \_\_\_\_\_ ) **antes do aniversário de três anos da criança.**  
Data Data

Se a criança foi encaminhada para a IP faltando 90 dias para completar três anos de idade, seu plano de transição será elaborado em sua reunião inicial do IFSP.

Este processo de planejamento incluirá:

- Uma conversa sobre as necessidades futuras da criança e da família, possíveis enquadramentos e serviços futuros e os detalhes que você pode precisar a respeito de tais opções de serviços.
- Procedimentos para preparar a criança para mudanças na prestação dos serviços, incluindo medidas para ajudar a criança a se adaptar e viver em um novo ambiente. Isso pode incluir qualquer coisa, desde aprender a pegar o ônibus escolar e o momento de despedida dos pais até a aquisição e uso de um dispositivo de tecnologia assistida para comunicação ou outro fim em um novo ambiente.
- Identificar as medidas e atividades de transição e qualquer outra que a equipe do IFSP julgar necessária para apoiar a transição.
- Com o seu consentimento (no Consentimento EI-07 para a Conferência do planejamento da transição), uma Conferência do planejamento da transição (Transition Planning Conference (TPC)) com quaisquer prestadores de serviços comunitários que você tenha identificado como possíveis recursos.

Embora o nome da criança, a data de nascimento e suas informações de contato já tenham sido compartilhados com seu distrito escolar, a TPC é um momento para que você compartilhe e descubra informações adicionais. Se a criança estiver apta a receber serviços de educação especial pré-escolar aos três anos, este processo de planejamento também incluirá conversas com você sobre o papel do distrito escolar e o procedimento para a obtenção do seu consentimento para o compartilhamento de cópias com seu distrito escolar com relação às avaliações, análises e IFSP mais recentes, e para convidar o representante do seu distrito escolar para uma conferência de planejamento de transição.

**Data do resultado da transição com medidas e serviços desenvolvidos:**

**Recursos, enquadramentos e/ou serviços futuros em potencial:**

**Resultado da transição da criança: Do que a criança precisará para fazer uma transição sem problemas?**

Número do resultado:

**Que medidas e atividades, incluindo quem e quando, nos ajudarão a alcançar este resultado?**

O resultado desta transição aborda:

O desenvolvimento de relações sociais positivas

A aquisição e utilização de habilidades e conhecimentos novos

Medidas para atender às próprias necessidades

**Resultado da transição da família: Do que você precisará para apoiar a criança na transição?**

Número do resultado:

**Que medidas e atividades, incluindo quem e quando, nos ajudarão a alcançar este resultado?**



Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID: \_\_\_\_\_

**Revisão do(s) resultado(s) da transição:** Uma revisão do IFSP deve ocorrer pelo menos a cada seis meses, mas a periodicidade pode ser menor. Você pode solicitar uma revisão do IFSP a qualquer momento.

**Resultado da revisão para o resultado da transição da criança:**

**Data da revisão:** \_\_\_\_\_

- Resultado alcançado       Dar continuidade ao resultado       Revisar o resultado       O resultado não é mais uma prioridade

**Resultado da revisão para o resultado da transição da família:**

- Resultado alcançado       Dar continuidade ao resultado       Revisar o resultado       O resultado não é mais uma prioridade

**Novas preocupações ou acontecimentos que afetam esses resultados:**

**Progresso feito para alcançar esses resultados:**

**Estratégias, medidas e atividades atualizadas:**

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

## Seção 6: Serviços de Intervenção Precoce

Os Serviços de Intervenção Precoce podem ser realizados por um prestador de serviços primários (primary service provider (PSP)) ou por um prestador de serviços secundários (secondary service provider (SSP)). O PSP auxilia/atende diretamente a família em todas as visitas para apoiar os resultados e promover a aprendizagem e o desenvolvimento da criança. Os SSPs apoiam periodicamente o PSP e a família com os resultados do IFSP por meio de visitas conjuntas. As visitas conjuntas ocorrem com a frequência necessária com base nas necessidades do PSP e da família. Além do(s) seu(s) prestador(es), você sempre tem acesso a uma equipe completa de prestadores de IP disponíveis para ajudar a sua família.

**Usando todas as informações disponíveis, a equipe do IFSP identificou os seguintes serviços de IP para apoiar os nossos resultados:**

								Data do IFSP:	
Tipo de serviço de IP	Método	Localização	Frequência	Duração da sessão	Órgão provedor	Fonte de financiamento	Data de início prevista*	Data de encerramento prevista	Número(s) do resultado
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Novo serviço		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Novo serviço		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Novo serviço		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Novo serviço		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Novo serviço		

Método: Pessoalmente (P); Tecnologia (T)

Localização: Residencial (R); Comunidade (C); Outro (O)

\*Se qualquer serviço novo ou alterado tiver previsão de ocorrer em 10 dias desta reunião do IFSP, consulte "Renúncia de notificação" na Seção 8 do IFSP.

Explicação de por que qualquer serviço ou serviços de IP não podem ser prestados em um ambiente natural:

Medidas a tomar por parte do coordenador do serviço de IP e da família, incluindo a data prevista, para mudar o serviço para um ambiente natural:

Serviços de IP necessários, mas ainda não coordenados:

Medidas que o seu coordenador do serviço de IP tomará para coordenar o(s) serviço(s) de IP necessário(s):

Data limite (Timely receipt of services (TRS)) para prestação dos serviços:

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

## Seção 7: Participação da equipe

Além das suas contribuições valiosas à elaboração deste IFSP, os seguintes indivíduos participaram na decisão de elegibilidade, avaliação e/ou elaboração do IFSP:

**Nome do coordenador de serviços de IP:**

		<i>Telefone:</i>	<i>E-mail:</i>
<b>Nome:</b>			<b>Disciplina:</b>
<i>Telefone:</i>			<input type="checkbox"/> Especialista em Desenvolvimento
<i>E-mail:</i>			<input type="checkbox"/> Professor da pré-escola/ensino fundamental
<i>Função:</i>	<input type="checkbox"/> Examinador/avaliador	<input type="checkbox"/> Prestador	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo
			<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional
			<input type="checkbox"/> Assistente social
			<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
			<input type="checkbox"/> Oftalmologista
			<input type="checkbox"/> Enfermeiro
			<input type="checkbox"/> Otorrinolaringologista
			<input type="checkbox"/> Outro:
<b>Nome:</b>			<b>Disciplina:</b>
<i>Telefone:</i>			<input type="checkbox"/> Especialista em Desenvolvimento
<i>E-mail:</i>			<input type="checkbox"/> Professor da pré-escola/ensino fundamental
<i>Função:</i>	<input type="checkbox"/> Examinador/avaliador	<input type="checkbox"/> Prestador	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo
			<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional
			<input type="checkbox"/> Assistente social
			<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
			<input type="checkbox"/> Oftalmologista
			<input type="checkbox"/> Enfermeiro
			<input type="checkbox"/> Otorrinolaringologista
			<input type="checkbox"/> Outro:
<b>Nome:</b>			<b>Disciplina:</b>
<i>Telefone:</i>			<input type="checkbox"/> Especialista em Desenvolvimento
<i>E-mail:</i>			<input type="checkbox"/> Professor da pré-escola/ensino fundamental
<i>Função:</i>	<input type="checkbox"/> Examinador/avaliador	<input type="checkbox"/> Prestador	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo
			<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional
			<input type="checkbox"/> Assistente social
			<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
			<input type="checkbox"/> Oftalmologista
			<input type="checkbox"/> Enfermeiro
			<input type="checkbox"/> Otorrinolaringologista
			<input type="checkbox"/> Outro:
<b>Nome:</b>			<b>Disciplina:</b>
<i>Telefone:</i>			<input type="checkbox"/> Especialista em Desenvolvimento
<i>E-mail:</i>			<input type="checkbox"/> Professor da pré-escola/ensino fundamental
<i>Função:</i>	<input type="checkbox"/> Examinador/avaliador	<input type="checkbox"/> Prestador	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo
			<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional
			<input type="checkbox"/> Assistente social
			<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
			<input type="checkbox"/> Oftalmologista
			<input type="checkbox"/> Enfermeiro
			<input type="checkbox"/> Otorrinolaringologista
			<input type="checkbox"/> Outro:

**Nomes de outros participantes**

**Função/relação com a família**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nome da criança:

Data de nascimento:

Número ETID:

## Seção 8: Aviso e consentimento prévios por escrito para os serviços de IP

### Consentimento dos pais

Eu concordo com a prestação destes serviços de Intervenção Precoce descritos neste IFSP. Eu participei da elaboração deste IFSP e recebi e compreendo todas as informações acerca da prestação dos serviços de Intervenção Precoce descritos neste IFSP. Tenho uma cópia da brochura de Direitos dos Pais na Intervenção Precoce de Ohio e compreendo meus direitos ao dar o meu consentimento. Compreendo que possuo opções de resolução de litígios caso eu tenha alguma reclamação a respeito da intervenção precoce.

Compreendo que, quando um prestador de serviços do programa Ohio Early Intervention (EI) recomenda ou propõe começar (iniciar) ou alterar os serviços de IP que vão ser prestados à família e à criança, devo receber um aviso prévio por escrito pelo menos dez dias antes do início ou da alteração desse serviço de IP. Compreendo que este IFSP constitui o aviso prévio por escrito sobre os serviços de Intervenção Precoce propostos, e os detalhes do início ou da alteração dos serviços propostos estão descritos na Seção 6 do IFSP. Um aviso prévio por escrito adicional não é necessário para um serviço proposto por meio do formulário EI-11 antes desta reunião do IFSP.

### Renúncia de notificação (opcional)

Compreendo e concordo em renunciar ao meu direito de receber uma notificação por escrito 10 dias corridos antes de mudar ou começar o serviço de IP.

\_\_\_\_\_

Iniciais do(s) pai(s)

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Nome do pai/mãe

\_\_\_\_\_

Assinatura do pai/mãe

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Nome do pai/mãe

\_\_\_\_\_

Assinatura do pai/mãe

\_\_\_\_\_

Data

### Consentimento do coordenador do serviço de IP e prestador

Nós reconhecemos que os resultados refletem as prioridades e as preocupações da família e que os serviços de IP dão suporte a esses resultados.

Nós concordamos em implementar este IFSP de uma forma que permita que a família ajude a criança a participar das atividades diárias e aprender com elas sempre que possível.

\_\_\_\_\_

Nome

\_\_\_\_\_

Disciplina

\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Coordenador do  
serviço de IP

# Formulário EI-05

Data \_\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento da criança \_\_\_\_\_ Número ETID \_\_\_\_\_

## Consentimento para a utilização do seguro em serviços de intervenção precoce

### Utilização de seguros privados

O coordenador de serviços me explicou a regra do "sistema de pagamentos" e os potenciais custos caso eu utilize o meu seguro privado para pagar os serviços de intervenção precoce, como copagamentos, franquias, abonos ou os custos em longo prazo, como a perda de benefícios devido a limites máximos anuais ou vitalícios da apólice de seguro de saúde. Recebi uma notificação por escrito sobre esses custos potenciais e os meus direitos. Compreendo que, ao autorizar a utilização do meu seguro privado, o Estado efetuará os copagamentos e os pagamentos das franquias relativos às primeiras 100 unidades dos serviços de intervenção precoce de um ano do IFSP se determinar que tenho capacidade para pagar. O Estado efetuará os copagamentos e pagamentos das franquias por todas as unidades de serviços de intervenção precoce se determinar que não tenho capacidade para pagar.

Dou o meu consentimento para que o meu seguro privado seja faturado pelos serviços de Intervenção Precoce (EI)  Sim  Não  Não tenho seguro privado

Número da apólice de seguro principal		Data de início	Data de término
Nome da seguradora		Nome do segurado	
Número da apólice de seguro secundária		Data de início	Data de término
Nome da seguradora		Nome do segurado	

Nome do pai/mãe \_\_\_\_\_ Assinatura do pai/mãe \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### Utilização de seguros públicos

O coordenador de serviços me explicou a normal do sistema de pagamentos da Intervenção Precoce. Recebi uma notificação por escrito sobre meus direitos e compreendo que não há custos potenciais relativos à utilização dos meus benefícios Medicaid para os serviços de EI.

Autorizo o compartilhamento de informações pessoais do meu filho(a) (informações que permitem identificar o meu filho(a)) com o prestador de serviços de intervenção precoce no âmbito do IFSP e à agência estatal da Medicaid para efeitos de cobrança

Sim  Não  O meu filho(a) não tem seguro Medicaid

Beneficiário do seguro Medicaid/número de cobrança \_\_\_\_\_

Nome do pai/mãe \_\_\_\_\_ Assinatura do pai/mãe \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Formulário EI-06

Data \_\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento da criança \_\_\_\_\_ Número ETID \_\_\_\_\_

## Consentimento para a divulgação e/ou troca de Informações

Você, pai ou mãe, tem acesso a qualquer parte do registro de Intervenção Precoce (EI) de seu filho(a). Um registro de EI significa todos os registros relativos ao seu filho(a) que sejam obtidos, mantidos ou utilizados de acordo com a lei federal Individuals with Disabilities Education Act, Parte C.

Exceto pelo nome do seu filho(a), data de nascimento e suas informações de contato, que são compartilhadas com o distrito escolar, as informações de EI não podem ser compartilhadas com nenhuma pessoa ou agência fora do sistema de EI sem a sua permissão. Com sua permissão, as informações podem ser compartilhadas oralmente ou por escrito. Você pode decidir quais informações deseja ou não compartilhar. Será compartilhada uma cópia deste formulário com as agências ou pessoas assim que você der permissão para a divulgação ou troca de informações. O consentimento dos pais não é necessário por alguns motivos limitados. Consulte o folheto sobre os direitos dos pais para conhecer esses motivos.

Autorizo os serviços de Intervenção Precoce de Ohio a divulgar ou trocar com Nome e/ou agência:

Informações de contato (se disponíveis): \_\_\_\_\_

as seguintes informações sobre meu filho(a): \_\_\_\_\_

- Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP)
- Resultados da determinação de elegibilidade
- Notas de caso de EI
- Todo o registro de EI
- Outros (especificar) \_\_\_\_\_

Como usar os seguintes métodos:

- telefone/mensagem de texto/video
- pessoalmente
- e-mail/fax/upload digital
- registros em papel

O objetivo da divulgação ou troca de informações é ajudar com:

- Determinação de elegibilidade para os serviços de EI de Ohio
- Transição da EI para a pré-escola ou outros programas comunitários
- Desenvolvimento do IFSP
- Os serviços e o progresso da criança
- Outro (especificar) \_\_\_\_\_

Se aplicável, descreva quaisquer limitações na divulgação ou troca de informações:

Este consentimento é válido:

Até o terceiro ano de vida do meu filho(a) em \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Meu coordenador de serviço ou prestador de serviços de EI esclareceu todas as informações relacionadas à divulgação de registros e explicou meus direitos parentais, incluindo o fornecimento do consentimento. Tenho uma cópia da brochura de Direitos dos Pais na Intervenção Precoce (EI) de Ohio ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Compreendo que possuo opções de resolução de disputas caso eu tenha alguma reclamação a respeito da intervenção precoce (EI). Eu entendo e concordo com a divulgação dos registros do meu filho(a). Entendo que, embora concorde com a troca de informações, outros órgãos que não sejam de intervenção precoce podem exigir seus próprios formulários para divulgação de informações.

\_\_\_\_\_

Nome do pai/mãe

\_\_\_\_\_

Assinatura do pai/mãe

\_\_\_\_\_

Data

**Se este formulário for preenchido por uma pessoa que não seja o Coordenador de Serviços de EI, o prestador de serviços de EI deverá enviar uma cópia para o Coordenador de Serviços de EI em até cinco dias corridos após o consentimento assinado.**



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Formulário EI-07

Data \_\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento da criança \_\_\_\_\_ Número ETID \_\_\_\_\_

## Consentimento para a Conferência do Planejamento da Transição (TPC)

Antes de seu filho completar 3 (três) anos e finalizar a Intervenção Precoce, uma conferência do planejamento da transição ajudará a planejar uma transição da Intervenção Precoce para os serviços e recursos que seu filho pode estar qualificado para receber aos 3 anos de idade. Esta conferência deve ocorrer em pelo menos 90 dias e 9 meses antes do 3º aniversário da criança. Antes de agendar essa reunião, você e a equipe de EI podem identificar outras pessoas, inclusive prestadores de serviços comunitários, que desejam convidar para essa reunião.

Dou o meu consentimento para agendar uma TPC

Não dou o meu consentimento para agendar uma TPC

Se o seu filho for elegível para serviços de educação especial pré-escolar, o distrito escolar local será responsável por fornecer esses serviços. Recomenda-se convidar o representante do seu distrito escolar para explicar como funciona o processo de determinação da elegibilidade pré-escolar para educação especial "Parte B". Outros prestadores de serviços comunitários também podem ser convidados para essa reunião.

Dou meu consentimento para convidar o representante do distrito escolar para o meu TPC

Não dou meu consentimento para convidar o representante do distrito escolar para meu TPC

Se você, com sua equipe de EI, acreditar que seu filho NÃO está potencialmente qualificado para serviços de educação especial pré-escolar OU se não quiser convidar o distrito escolar, podemos marcar uma conferência do planejamento da transição com quaisquer outros prestadores de serviços comunitários que você tenha identificado como recursos potenciais.

Nome do pai/mãe \_\_\_\_\_

Assinatura do pai/mãe \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Formulário EI-08

Data \_\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento da criança \_\_\_\_\_ Número ETID \_\_\_\_\_

## Consentimento para encaminhar a criança para o órgão de educação local e para Ohio Department of Education and Workforce (DEW)

Seu filho(a) foi recentemente encaminhado para a Intervenção Precoce (EI) de Ohio. Como o EI é um programa para crianças com atrasos de desenvolvimento e deficiências desde o nascimento até os três anos de idade, seu filho(a) está muito próximo aos três anos de idade para que o EI consiga determinar a sua elegibilidade. No entanto, se suspeitar que seu filho(a) possa ter um atraso de desenvolvimento ou uma deficiência, este pode ser elegível para os serviços de educação especial pré-escolar de acordo com a Parte B da Individuals with Disabilities Education Act.

Você pode entrar em contato pessoalmente com seu distrito escolar para fazer um encaminhamento.

Se você quiser que o EI entre em contato com seu distrito escolar para fazer um encaminhamento, precisamos obter seu consentimento. Com o seu consentimento, forneceremos suas informações de contato e o nome e data de nascimento de seu filho(a) ao distrito escolar, que é responsável pela educação de seu filho(a), e ao ODEW.

Recebi e compreendo plenamente que minhas informações de contato e o nome do meu filho(a) serão compartilhados com o distrito escolar local e com o ODEW. Eu recebi uma cópia da brochura de Direitos dos Pais na Intervenção ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) com este formulário. Compreendo que possuo opções de resolução de disputas caso eu tenha alguma reclamação a respeito da intervenção precoce (EI). Autorizo os serviços de EI a fornecer o nome e a data de nascimento do meu filho(a) e minhas informações de contato ao meu distrito escolar e ao ODEW.

Nome do pai/mãe

Assinatura do pai/mãe

Data

Endereço dos pais  
dos pais

Endereço de e-mail dos pais

Número de telefone

Cidade, estado e código postal do pai/mãe

\*Depois que a assinatura dos pais for obtida, esse formulário assinado deverá ser enviado por e-mail para [EI@childrenandyouth.ohio.gov](mailto:EI@childrenandyouth.ohio.gov) para garantir que o encaminhamento esteja concluído.



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention



# Formulário EI-10

Data \_\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento da criança \_\_\_\_\_ Número ETID \_\_\_\_\_

Nome do pai/mãe \_\_\_\_\_

## Aviso prévio por escrito de exclusão

Os serviços de Intervenção Precoce de Ohio (EI) está propondo o fim dos serviços de EI para você e seu filho(a). Os serviços de Intervenção Precoce de Ohio (EI) manterão uma cópia do registro do seu filho(a) até o nono aniversário dele. Você tem o direito de revisar ou solicitar o registro do seu filho(a). O programa Ohio Early Intervention vem a comunicar a exclusão de seu filho(a) do sistema de EI em até 10 dias a partir da data deste aviso, pelos seguintes motivos:

- Seu filho(a) foi examinado(a) e não houve suspeita de atraso no desenvolvimento ou qualquer deficiência. Você pode solicitar uma avaliação a qualquer momento, entrando em contato com o coordenador de serviços de EI.
- A avaliação de desenvolvimento ou a avaliação da criança exigida não foi concluída.
- Seu filho(a) não cumpre os requisitos de elegibilidade para os serviços de EI.
- Seu filho(a) já não mora mais em Ohio.
- Os resultados do IFSP do seu filho foram alcançados e a equipe determinou que não são necessários resultados adicionais do IFSP.
- Você nos informa que não tem mais interesse ou capacidade de participar dos serviços de EI no momento.
- Não conseguimos entrar em contato com você. Entre em contato com o coordenador de serviços de EI no prazo de dez dias corridos a partir desta notificação se ainda estiver interessado em receber serviços de EI.
- Seu filho(a) fez a transição para os serviços da Parte B com um plano de ensino individual (IEP) antes dos três anos de idade.

Data proposta para a exclusão:

Comentários:

Como pai/mãe, você tem opções de resolução de disputas disponíveis. Uma cópia da brochura dos Direitos dos pais na Intervenção Precoce ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) está em anexo. Caso ainda tenha interesse em receber serviços de intervenção precoce ou se achar que o motivo da exclusão do seu filho(a) não está claro ou é impreciso, entre em contato comigo.

Nome do coordenador de serviços de EI \_\_\_\_\_ Informação de contato do coordenador de serviços de EI \_\_\_\_\_

***Você pode acompanhar o desenvolvimento de seu filho(a) aqui – [www.helpmegrow.org/ASQ](http://www.helpmegrow.org/ASQ). Você pode solicitar um novo encaminhamento a qualquer momento antes do seu filho(a) completar os três anos de idade, entrando em contato com a Central Intake através do número 1-800-755-4769 ou na página [www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org).***



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Formulário EI-11

Data \_\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento da criança \_\_\_\_\_ Número ETID \_\_\_\_\_

Nome do pai/mãe \_\_\_\_\_

## Aviso prévio por escrito da proposta de alteração dos serviços

Os serviços de Intervenção Precoce (EI) de Ohio são determinados pelo processo do Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP). O aviso prévio por escrito para esses serviços é fornecido por meio do formulário IFSP na reunião do IFSP. No entanto, quando qualquer prestador de serviços de EI de Ohio propõe encerrar um serviço de EI antes de uma reunião do IFSP, você deve receber essa notificação prévia por escrito pelo menos dez dias corridos antes de o serviço de EI ser encerrado. O coordenador de serviços entrará em contato com você para agendar uma reunião do IFSP para determinar as próximas etapas.

O programa Ohio Early Intervention propõe excluir um ou mais dos serviços de EI seu filho(a) e sua família. Detalhes sobre a alteração proposta

Motivo da alteração proposta

Data proposta para a alteração (10 dias a partir da data de hoje)

Entre em contato comigo o mais rapidamente possível se tiver alguma dúvida em relação a esta ação.

Nome do prestador de serviços de EI \_\_\_\_\_

Informação de contato do prestador de serviços de EI \_\_\_\_\_

Como pai/mãe, você tem opções de resolução de disputas disponíveis. Uma cópia da brochura de Direitos dos Pais na Intervenção ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) está anexada. Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com o coordenador de serviços de EI em:

Nome do coordenador de serviços de EI \_\_\_\_\_

Informação de contato do coordenador de serviços de EI \_\_\_\_\_

### Renúncia de notificação (opcional)

Compreendo e concordo em renunciar ao meu direito de receber uma notificação por escrito 10 dias corridos antes da alteração

\_\_\_\_\_  
Iniciais do(s) pai(s)

\_\_\_\_\_  
Data

Em \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (nome/função) forneceu uma cópia desta notificação e do formulário de consentimento ao(s) pai(s)

Pessoalmente  por correio  por e-mail.

*Se este formulário for preenchido por uma pessoa que não o coordenador de serviços de EI, o prestador do serviço de EI deve enviar uma cópia ao coordenador de serviços de EI no prazo de cinco dias a contar do envio do aviso aos pais.*



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Formulário EI-12

Data \_\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_ Nome do pai/mãe \_\_\_\_\_ Número ETID \_\_\_\_\_

## Documentação da enfermidade diagnosticada

Autorizo que este formulário seja enviado ao meu profissional de saúde para obter documentação sobre o diagnóstico e o impacto no desenvolvimento do meu filho.

Assinatura do

Data

Caro profissional de saúde — de acordo com os requisitos estaduais e federais de elegibilidade de acordo com a Parte C da Individuals with Disabilities Education Act (IDEA), a maioria dos diagnósticos médicos não resulta em elegibilidade automática para Intervenção Precoce (EI). No entanto, um profissional licenciado para diagnosticar e tratar doenças mentais ou físicas pode determinar se uma enfermidade diagnosticada para uma criança em particular pode resultar em um atraso de desenvolvimento. A equipe de EI realizará, então, uma avaliação abrangente para determinar as necessidades da criança no programa. **Para determinar a elegibilidade para EI com este formulário, é necessário preencher todos os campos.**

Indique o diagnóstico específico da criança na caixa. **Não** inclua "atraso generalizado", "atraso de desenvolvimento" ou preocupações quanto ao desenvolvimento, como "preocupações quanto à fala".

- Suspeito que o quadro clínico desta criança resultará provavelmente em um atraso de desenvolvimento em pelo menos uma das seguintes áreas de desenvolvimento (marque todas as opções aplicáveis)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comunicação        | <input type="checkbox"/> Social/emocional                     |
| <input type="checkbox"/> Coordenação motora | <input type="checkbox"/> Adaptativo/autocuidado/independência |
| <input type="checkbox"/> Visão              | <input type="checkbox"/> Cognitivo/resolução de problemas     |
| <input type="checkbox"/> Audição            | <input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____           |

Comentários (opcional)

- Eu **não** tenho razões para acreditar que o quadro clínico desta criança resultará em um atraso de desenvolvimento. No entanto, entendo que o progenitor e a criança ainda têm o direito a uma avaliação de desenvolvimento para determinar a elegibilidade.

## Profissional licenciado para diagnosticar e tratar doenças mentais ou físicas

Nome \_\_\_\_\_ Tipo de licença \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## Envie este formulário ao coordenador do serviço de Intervenção Precoce da criança

Nome do coordenador de serviços de EI \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Coordenador do serviço de EI  
Data de recebimento do formulário \_\_\_\_\_



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Formulário EI-13

\_\_\_\_\_  
Data Nome da criança Data de nascimento da criança Número ETID

\_\_\_\_\_  
Nome do(s) progenitor(es)

## **Aviso de reunião do Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP)**

Chegou a hora de fazer uma reunião para:

- Desenvolver um IFSP provisório até conseguirmos completar a avaliação e agendar o IFSP "inicial"
- Rever a informação de elegibilidade e análise e desenvolver o primeiro IFSP ("inicial")
- Realizar uma revisão periódica do IFSP para determinar qual foi o progresso no alcance dos objetivos identificados no IFSP e analisar se é necessário modificar ou rever esses resultados ou os serviços de Intervenção Precoce identificados no IFSP
- Rever as informações sobre a elegibilidade e a avaliação e desenvolver o IFSP anual
- Esta reunião do IFSP incluirá a conferência de planejamento da transição.

Concordamos em agendar a reunião do IFSP para

\_\_\_\_\_  
Data Hora Localização

Além disso, os seguintes prestadores de serviços de Intervenção Precoce foram convidados para a reunião do IFSP. Uma cópia deste aviso será enviada para eles.

\_\_\_\_\_  
Nome, função ou agência

\_\_\_\_\_  
Nome, função ou agência

\_\_\_\_\_  
Nome, função ou agência

\_\_\_\_\_  
Nome, função ou agência

Você solicitou que os seguintes indivíduos sejam convidados a participar da reunião do IFSP. Uma cópia deste aviso será enviada para eles.

\_\_\_\_\_  
Nome, função ou parentesco/relação

\_\_\_\_\_  
Nome, função ou parentesco/relação

\_\_\_\_\_  
Nome, função ou parentesco/relação

\_\_\_\_\_  
Nome, função ou parentesco/relação

Se tiver alguma dúvida ou quiser fazer alguma alteração nesta reunião, entre em contacto comigo, o seu coordenador de serviços EI:

\_\_\_\_\_  
Nome do coordenador de serviços de EI Informação de contato do coordenador de serviços de EI



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Formulário EI-14

## Acompanhamento profissional do encaminhamento

---

_____ Data	_____ Nome da criança encaminhada	_____ Data de nascimento da criança	_____ Data do encaminhamento ao programa de EI
_____ Nome do profissional que encaminhou a criança	_____ Nome da agência	_____ Informação do contato profissional ou da agência	

---

O programa de EI não obteve o consentimento dos pais para compartilhar informações sobre o status do encaminhamento da criança. Entre em contato com a família para obter mais informações.

Sem êxito nas repetidas tentativas de entrar em contato com os pais. Informe-nos se você atualizou as informações de contato do progenitor.

### O pai ou a mãe consentiu em compartilhar as seguintes informações:

O pai ou a mãe recusou os serviços de Intervenção Precoce de Ohio.

A criança reúne as condições necessárias para receber os Serviços de Intervenção Precoce de Ohio e o IFSP foi desenvolvido.

A criança foi avaliada e não está qualificada para a Intervenção Precoce de Ohio.

Foi feita uma triagem de desenvolvimento e não há suspeita de que a criança tenha algum atraso ou deficiência.

Outro:

---

Meu coordenador de serviço esclareceu todas as informações relacionadas ao compartilhamento do status do encaminhamento do meu filho(a) para Intervenção Precoce (EI) e explicou meus direitos parentais, incluindo o fornecimento do consentimento. Tenho uma cópia da brochura dos Direitos dos pais na Intervenção Precoce de Ohio ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Compreendo que possuo opções de resolução de disputas caso eu tenha alguma reclamação a respeito da intervenção precoce (EI). Compreendo e dou o meu consentimento para compartilhar informações sobre o status do encaminhamento do meu filho(a) ao profissional que fez o encaminhamento.

\_\_\_\_\_  
Nome do pai/mãe

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/mãe

\_\_\_\_\_  
Data

***O programa Ohio Early Intervention agradece o seu encaminhamento! Você pode fazer um novo encaminhamento a qualquer momento entrando em contato com a Central Intake pelo telefone 1-800-755-4769 ou acesse [www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org).***



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Formulário EI-15

Data \_\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento da criança \_\_\_\_\_ Número ETID \_\_\_\_\_

## Determinação da capacidade dos progenitores pagarem os serviços de Intervenção Precoce

### Documentação (apenas é necessário um elemento)

(A) Cartão Medicaid de Ohio       (B) Cartão WIC de Ohio       (C) Renda do pai/mãe

\_\_\_\_\_  
Iniciais do  
pai/mãe

Entendo que o fornecimento de minhas informações de renda permite que o Coordenador de Serviços de EI determine se sou elegível para outros recursos baseados na renda. Decidi não compartilhar as minhas informações financeiras e compreendo que, de acordo com o OAC 5123:10-100 (D), serei responsável pelo pagamento do custo dos serviços de intervenção precoce que ultrapassarem as primeiras 100 unidades financiadas publicamente.

Renda do pai/mãe  semanal (52)  quinzenal (26)  mensal (12)  a cada dois meses (24)  tamanho da família: \_\_\_\_\_

Data(s) do holerite \_\_\_\_\_

Valor(es) bruto(s) \_\_\_\_\_

Renda do pai/mãe  semanal (52)  quinzenal (26)  mensal (12)  a cada dois meses (24)  tamanho da família: \_\_\_\_\_

Data(s) do holerite \_\_\_\_\_

Valor(es) bruto(s) \_\_\_\_\_

Renda anual total: \_\_\_\_\_

Renda familiar inferior ou igual à elegibilidade Healthy Start para crianças não seguradas? (206% FPL)  Sim  Não  
<https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

Vi e analisei a documentação fornecida pelo progenitor de acordo com o OAC 5123:2-10-03 (D) e determinei que o progenitor  não  consegue pagar pelos serviços de Intervenção Precoce.

\_\_\_\_\_  
Nome do coordenador de serviços de EI

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do coordenador de serviços de EI

Revi as informações utilizadas para preencher este formulário e o meu coordenador de serviços me explicou de que forma foi determinado se consigo ou não pagar os serviços de EI. Tenho uma cópia do folheto do Sistema de Pagamentos do Programa Ohio Early Intervention ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](https://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Compreendo que possuo opções de resolução de disputas caso eu tenha alguma reclamação a respeito da intervenção precoce (EI).

\_\_\_\_\_  
Nome do pai/mãe

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/mãe

\_\_\_\_\_  
Data



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Formulário EI-16

**Uso exclusivo do Estado:**

EI-16 recebido:  
Avaliado por:  
CMACS n°:  
Registrado no CMACS:  
E-mail enviado:

Data \_\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_  
Número ETID \_\_\_\_\_ Data de nascimento da criança \_\_\_\_\_

## Pagamento dos serviços de intervenção precoce (EI)

Nome do pai/mãe			Nome do pai/mãe		
Endereço			Endereço		
Cidade	Estado	Código Postal	Cidade	Estado	Código Postal
Inscrição na Previdência Social	Parentesco/relação com a criança		Inscrição na Previdência Social	Parentesco/relação com a criança	
Telefone residencial	Telefone comercial		Telefone residencial	Telefone comercial	
Nome do coordenador de serviços de EI			E-mail do coordenador de serviços de EI		

<b>Nome da agência:</b>	<b>Condado:</b>
<b>Tem condições de pagar?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Gênero da criança:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
<b>A família consentiu com o uso de seguro público ou privado?</b> <input type="checkbox"/> Sim (anexe o EI-05) <input type="checkbox"/> Não	
<b>Os serviços são prestados no ambiente natural?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Data do IFSP inicial/anual mais recente:</b>

## Serviços de Intervenção Precoce recomendados pelo IFSP (incluir páginas adicionais se necessário)

Tipo de IFSP:  Inicial  Anual  Periódico  Reenvio do EI-16

Marca recomendada Serviços	Tipo de serviço	Frequência (ou seja: 8 x 45 minutos/180 dias)	Assinatura do IFSP Data	Fim do IFSP Data	Uso exclusivo do estado	
					Categoria SVC	Unidades
<input type="checkbox"/>	Avaliação de desenvolvimento/ Avaliação da criança				43 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/>	
	Reuniões de equipe/IFSP				EICAT1	
<input type="checkbox"/>	Fonoaudiologia/Terapia ocupacional na alimentação				ST	
<input type="checkbox"/>	Fala				TER	
<input type="checkbox"/>	Terapia Ocupacional					
<input type="checkbox"/>	PT					
Citação anexada? <input type="checkbox"/>	Tecnologia assistiva					
<input type="checkbox"/>	Serviço de EI não listado:					

**Somente notas estaduais**



**Department of Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Formulário EI-17

Data \_\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento da criança \_\_\_\_\_ Número ETID \_\_\_\_\_

## Folha de despesas médicas extraordinárias

Nomes do pai e da mãe: \_\_\_\_\_

Renda do pai/mãe:  Semanal (52)  Quinzenal (26)  Mensal (12)  A cada dois meses (24)  Tamanho da família: \_\_\_\_\_

Data(s) do(s) recibo(s) de pagamento \_\_\_\_\_

Montante(s) bruto(s) \_\_\_\_\_

Renda dos progenitores:  Semanal (52)  Quinzenal (26)  Mensal (12)  A cada dois meses (24)  Tamanho da família: \_\_\_\_\_

Data(s) do(s) recibo(s) de pagamento \_\_\_\_\_

Montante(s) bruto(s) \_\_\_\_\_

Rendimento anual total: \_\_\_\_\_

Os cálculos para a renda familiar em 210-401% ou superior ao Nível de Pobreza Federal (FPL) estão disponíveis [em https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments](https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments).

$$\text{Renda anual total} \times \text{EME} = \text{Despesas médicas não cobertas}$$

Calculei as despesas médicas não cobertas com base no nível de pobreza federal mais recente, conforme determinado pelo US Department of Health and Human Services e publicado no Registro Federal e compartilhei esta informação com o pai/mãe. O DCY utilizará essa informação para a determinação final das despesas médicas extraordinárias da família.

Nome do coordenador de serviços de EI \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura do coordenador de serviços de EI \_\_\_\_\_



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention