

# Форма EI-01

Сегодняшняя дата

Имя ребенка рождения ребенка

Дата

Номер ETID

## Предварительное письменное уведомление и форма согласия на проведение скрининга развития

Скрининг развития проводится для того, чтобы определить, есть ли у Вашего ребенка задержка развития. Скрининг включает в себя сбор информации от Вас, родителя(-ей) и других лиц (на Ваш выбор), а также использование инструментов для скрининга, где учитываются все области развития. В него может входить обследование Вашего ребенка. Вы можете отправить запрос на проведение оценки развития в любое время независимо от результатов скрининга. Письменное уведомление должно быть направлено Вам не менее чем за 10 календарных дней до проведения скрининга.

Мой координатор услуг предоставил мне всю информацию, связанную со скринингом развития, и рассказал о моих родительских правах, а также о праве на предоставление согласия. У меня есть копия брошюры «Права родителей в рамках программы раннего вмешательства в штате Ohio» (EI) ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Я понимаю, что у меня есть возможности разрешения спорных вопросов, в случае жалоб, в рамках программы раннего вмешательства (EI). Я понимаю и даю свое согласие на проведение скрининга развития моего ребенка. Я понимаю, что мое согласие является добровольным, и оно может быть отозвано в любое время.

### Отказ от сроков выполнения (не обязательно)

Я понимаю и согласен(-а) отказаться от своего права на получение

Инициалы

Дата

Имя (имена) родителя(-ей)

Подпись(-и) родителя(-ей)

Дата



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Сегодняшняя дата

Имя ребенка

Дата рождения ребенка

EITID №

## Предварительное письменное уведомление и согласие на проведение оценки и анализа развития

**Оценка развития** проводится группой раннего вмешательства (Early intervention, EI) одним или несколькими специалистами с целью определения имеет ли ваш ребенок право на получение помощи, когда нет подтвержденного заболевания, отвечающего установленным требованиям.

**Анализ развития ребенка**, который, как правило, проводится одновременно с оценкой, помогает понять, как ваш ребенок участвует в повседневной жизни и деятельности вашей семьи. Оценка и анализ включают:

- Обзор соответствующих записей, в том числе медицинских записей, на раскрытие которых вы даете согласие;
- Наблюдение за вашим ребенком;
- Информацию от вас о развитии вашего ребенка, включая участие вашего ребенка в повседневной жизни и деятельности семьи;
- Использование инструмента(-ов) оценки и анализа, которые предоставляют информацию о развитии вашего ребенка в отношении коммуникации, адаптации / ухода за собой, социального / эмоционального развития, когнитивных / мыслительных способностей / способности к решению проблем, моторики / двигательных способностей, зрения и слуха.

Во время **анализа, ориентированного на семью**, вы поделитесь своими **опасениями и приоритетами, направленными** на успешное привлечение вашего ребенка к повседневной деятельности семьи. Вы обсудите потенциальные **ресурсы**, которые у вас есть или, возможно, понадобятся для оказания помощи в поддержке развития вашего ребенка.

Если установлено, что ваш ребенок соответствует критериям, то сведения, полученные в ходе оценки и анализа развития ребенка и анализа, ориентированного на семью, используются для разработки Индивидуального плана обслуживания семьи и определения того, какие услуги раннего вмешательства необходимы для оказания помощи вам и вашему ребенку. Письменное уведомление должно быть предоставлено вам по меньшей мере за 10 календарных дней до проведения оценки и анализа.

Мы предлагаем (отметьте все подходящие варианты):

- Определение соответствия вашего ребенка критериям программы раннего вмешательства путем проведения **оценки развития**;
- Определение сильных сторон и потребностей вашего ребенка с помощью **анализа развития**;
- Выявление опасений, приоритетов и ресурсов, связанных с поддержкой развития вашего ребенка с помощью **анализа, ориентированного на семью**.

### Отказ от сроков выполнения (необязательно)

Я понимаю и согласен(-а) отказаться от своего права на получение письменного уведомления за 10 календарных дней до предлагаемой деятельности.

Инициалы родителя(-ей)

Дата

Мой координатор услуг предоставил мне всю информацию, связанную с оценкой и (или) анализом развития ребенка, а также оценкой, ориентированной на семью, и объяснил мои права как родителя, включая право на предоставление согласия. У меня есть копия брошюры «Права родителей в рамках программы раннего вмешательства штата Ohio» ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спора в случае жалобы в отношении программы раннего вмешательства. Я понимаю, что для того, чтобы мой ребенок мог получать услуги в системе EI, необходимо установить его соответствие критериям участия в программе и провести анализ развития моего ребенка. Я также понимаю, что мое решение касательно анализа развития, ориентированного на семью, не влияет на право моего ребенка на получение услуг EI. Я осознаю, что мое согласие является добровольным и может быть отозвано в любое время.

Я даю согласие на \_\_\_\_\_ оценку развития моего ребенка \_\_\_\_\_ анализ развития моего ребенка \_\_\_\_\_ ,  
(Инициалы) (Инициалы) (Инициалы)  
ориентированный на семью.

Имя (имена) родителя(-ей)

Подпись(-и) родителя(-ей)

Дата



Department of  
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

# Форма EI-03

Сегодняшняя  
дата

Имя ребенка

Дата рождения  
ребенка

Имя (имена) родителя(-ей)

Номер ETID

## Предварительное письменное уведомление об определении соответствия критериям программы

Возраст ребенка

Скорректированный возраст  
(при необходимости)

Дата определения соответствия  
критериям программы

Причина(-ы) направления

### Статус соответствия критериям программы

- Ваш ребенок соответствует критериям программы раннего вмешательства в штате Ohio (EI)** в связи с диагностированным физическим или психическим заболеванием, которое с большой вероятностью может привести к задержке развития. \*

Диагностированное заболевание:

Перечень документов, используемых для подтверждения диагноза:

(\* если Ваш ребенок соответствует критериям программы раннего вмешательства (EI) в связи с диагностированным заболеванием, то оставшаяся часть этой страницы и страница 2 не будут заполнены)

- Ваш ребенок соответствует критериям программы раннего вмешательства в штате Ohio (EI)** в связи с задержкой развития по определению группы по проведению оценки развития в рамках программы раннего вмешательства (EI) посредством \*\*
- результатов использования инструментов для проведения оценки развития или
  - обоснования возможности проведения клинических исследований в следующей(-их) области(-ях):
  - Экспрессивная  Социальная / Эмоциональная коммуникация  Мелкая моторика  Адаптация
  - Рецептивная коммуникация  Когнитивные способности  Крупная моторика

- Ваш ребенок НЕ соответствует критериям программы раннего вмешательства в штате Ohio (EI).** Ваш ребенок был обследован междисциплинарной группой, и по результатам проведения оценки развития и клинического исследования Вашей группой по проведению оценки развития у Вашего ребенка не выявлена задержка развития. \*\*

---

## Методы, используемые для определения статуса соответствия критериям программы

Дата окончания:

(\*\* Заполните только в том случае, если ребенок соответствует или не соответствует критериям программы при задержке развития)

- Проверка анамнеза ребенка с помощью медицинских/образовательных/прочих записей \_\_\_\_\_
  - Анализ анамнеза ребенка с помощью опросов родителей/членов семьи \_\_\_\_\_
  - Обследование \_\_\_\_\_
  - Использование инструментов для проведения оценки развития \_\_\_\_\_
    - Шкала развития младенцев и малышей по Bayley
    - Инвентаризация развития по Battelle
  - Контрольный список для проверки слуха \_\_\_\_\_
  - Контрольный список для проверки зрения \_\_\_\_\_
  - Другое (необязательно): \_\_\_\_\_
- 

## Краткое содержание о результатах проведения оценки развития

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

### Члены междисциплинарной группы по проведению оценки развития

<b>Имя оценщика:</b>  <i>Тел.:</i>  <i>Эл. почта:</i>	<b>Специализация:</b> <input type="checkbox"/> Специалист по развитию <input type="checkbox"/> Логопед <input type="checkbox"/> Педагог дошкольного учреждения и начальной школы <input type="checkbox"/> Эрготерапевт <input type="checkbox"/> Социальный работник <input type="checkbox"/> Физиотерапевт <input type="checkbox"/> Специалист по зрению <input type="checkbox"/> Медбрат/медсестра <input type="checkbox"/> Специалист по слуху <input type="checkbox"/> Другой вариант: _____
<b>Имя оценщика:</b>  <i>Тел.:</i>  <i>Эл. почта:</i>	<b>Специализация:</b> <input type="checkbox"/> Специалист по развитию <input type="checkbox"/> Логопед <input type="checkbox"/> Педагог дошкольного учреждения и начальной школы <input type="checkbox"/> Эрготерапевт <input type="checkbox"/> Социальный работник <input type="checkbox"/> Физиотерапевт <input type="checkbox"/> Специалист по зрению <input type="checkbox"/> Медбрат/медсестра <input type="checkbox"/> Специалист по слуху <input type="checkbox"/> Другой вариант: _____
<b>Имя оценщика:</b>  <i>Тел.:</i>  <i>Эл. почта:</i>	<b>Специализация:</b> <input type="checkbox"/> Специалист по развитию <input type="checkbox"/> Логопед <input type="checkbox"/> Педагог дошкольного учреждения и начальной школы <input type="checkbox"/> Эрготерапевт <input type="checkbox"/> Социальный работник <input type="checkbox"/> Физиотерапевт <input type="checkbox"/> Специалист по зрению <input type="checkbox"/> Медбрат/медсестра <input type="checkbox"/> Специалист по слуху <input type="checkbox"/> Другое: _____

### Если Ваш ребенок соответствует критериям программы раннего вмешательства в штате Ohio:

Программа раннего вмешательства в штате Ohio (EI) предлагает сотрудничество с Вами для разработки индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP), включая «результаты» (или цели) и услуги раннего вмешательства, необходимые для достижения этих результатов. Когда программа раннего вмешательства в штате Ohio (EI) определит, что Ваш ребенок соответствует критериям программы, Вы должны получить предварительное письменное уведомление не менее чем за десять календарных дней до начала предоставления услуг или внесения изменений в программе раннего вмешательства в штате Ohio (EI), которое будет добавлено в Ваш семейный план во время встречи по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP). При желании Вы сможете отказаться за десять календарных дней до начала предоставления услуг программы раннего вмешательства (EI) в рамках Раздела 6 по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP).

Ваш координатор услуг программы раннего вмешательства (EI) вместе с Вами запланирует встречу по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP).

Имя координатора услуг

Тел.:

Эл. почта

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## **Если Ваш ребенок НЕ соответствует критериям программы раннего вмешательства в штате Ohio:**

Это означает, что Ваш ребенок в настоящее время демонстрирует навыки и поведение, схожие с навыками и поведением детей того же возраста.

Программа раннего вмешательства в штате Ohio (EI) предлагает Вашему ребенку выйти из системы программы раннего вмешательства (EI) не ранее чем за 10 дней с даты этого уведомления. В нижеследующих полях Ваша группа по проведению оценки развития предоставляет рекомендации для содействия развитию Вашего ребенка, а также потенциальную поддержку сообщества и ресурсы, которые помогут Вашей семье.

Как родитель у Вас есть доступ к вариантам разрешения спорных вопросов. Прилагается копия Вашей брошюры «Права родителей в рамках программы раннего вмешательства (EI)». Если у Вас есть какие-либо вопросы или если Вы не согласны с этими результатами, пожалуйста, свяжитесь с Вашим координатором услуг программы раннего вмешательства в штате Огайо (EI). Если у Вас снова есть опасения по поводу развития Вашего ребенка до достижения им трехлетнего возраста, Вы также можете связаться с Вашим координатором услуг.

Имя координатора услуг

Тел.:

Эл. почта

Поддержка сообщества и ресурсы, которые могли бы Вас заинтересовать:

Идеи и предложения по содействию развития Вашего ребенка:



# Форма EI-04 Индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP)

Тип и дата плана IFSP	<input type="checkbox"/> Начальный _____	<input type="checkbox"/> Периодический _____	<input type="checkbox"/> Периодический _____	Номер ETID
	<input type="checkbox"/> Ежегодный _____	<input checked="" type="checkbox"/> Периодический _____	<input checked="" type="checkbox"/> TPC _____	

## Раздел 1. Информация о ребенке и семье

Имя ребенка	Фамилия	Уменьшительное имя	Дата рождения
-------------	---------	--------------------	---------------

На каких языках вы разговариваете с ребенком	Требуется ли переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Расовая и этническая принадлежность ребенка	Школьный округ по месту жительства ребенка
--	--	---	--

Имя родителя	Адрес	Ребенок живет с ним/ней? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
--------------	-------	--

В случае, если он/она не является биологическим или приемным родителем, то кем приходится ребенку	Телефон: мобильный (C); домашний (H); рабочий (W)
---	---

Эл. почта	Предпочтительный способ связи <input type="checkbox"/> Звонок <input type="checkbox"/> Эл. почта <input type="checkbox"/> Текстовое сообщение	Предпочтительное время связи
-----------	---	------------------------------

Имя родителя	Адрес	Ребенок живет с ним/ней? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
--------------	-------	--

В случае, если он/она не является биологическим или приемным родителем, то кем приходится ребенку	Телефон: мобильный (C); домашний (H); рабочий (W)
---	---

Эл. почта	Предпочтительный способ связи <input type="checkbox"/> Звонок <input type="checkbox"/> Эл. почта <input type="checkbox"/> Текстовое сообщение	Предпочтительное время связи
-----------	---	------------------------------

### Другая важная информация о семье

(все, что вам бы хотелось сообщить своей команде о культуре вашей семьи, духовных верованиях или жизненном укладе)

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Раздел 2. Информация о координаторе услуг раннего вмешательства

Ваш координатор услуг раннего вмешательства (early intervention, EI) выступает в роли единого контактного лица для ведения следующей деятельности во время вашего участия в программе EI. Эта деятельность включает в себя:

- разъяснение и обеспечение ваших прав в программе EI;
- координирование изначального соответствия вашего ребенка критериям программы раннего вмешательства;
- координирование встреч во время реализации Индивидуального плана обслуживания семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP) в рамках требуемого графика, включая встречи, запрошенные с вашей стороны;
- помощь команде IFSP в планировании таких результатов, которые будут считаться функциональными и отображать ваши опасения и приоритеты;
- помощь вам в определении, получении, финансировании и мониторинге необходимых услуг раннего вмешательства;
- помощь вам в определении других источников поддержки и ресурсов, которые вам могут потребоваться или которые вы хотели бы получить, а также обеспечение контакта с ними;
- помощь в разработке переходного плана до достижения трехлетнего возраста.

Имя координатора услуг раннего вмешательства	Тел.	Эл. почта
Название агентства	Имя, фамилия и контактная информация лица, ответственного за наблюдение	

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

### Раздел 3. Оценивание ребенка и семьи

Дата завершения:

Оценивание ребенка

Семейно-ориентированное  
оценивание

В ходе проведения оценивания вашего ребенка и семьи, группа, проводящая данное оценивание, собрала информацию из различных источников. Эта информация резюмируется на следующих страницах и станет основой для выработки целей и определения стратегий и мероприятий для удовлетворения потребностей вашего ребенка и вашей семьи.

**Должны быть проведены или пересмотрены следующие мероприятия по оцениванию ребенка**

**Дата выполнения**

- Проверка документов, подтверждающих право на участие
- Проверка анамнеза ребенка с помощью медицинских/образовательных/прочих записей
- Анализ анамнеза ребенка с помощью опросов родителей/членов семьи
- Сбор информации от лиц, осуществляющих уход, членов семьи и (или) иных лиц для полного понимания уникальных сильных сторон и потребностей ребенка
- Определение уровня функционирования ребенка в повседневной жизни и деятельности вашей семьи
- Контрольный список для проверки слуха
- Контрольный список для проверки зрения
- Иное (необязательно):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Сводная информация об анамнезе ребенка

Это краткое изложение соответствующей информации, полученной в результате опросов родителей, а также медицинских, образовательных или иных записей, включая историю рождения, гестационный возраст, медицинские состояния или диагнозы, болезни, госпитализации, прием лекарств, проверку зрения и слуха, потребности в кормлении/питании и прочую информацию о развитии.

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Сводная информация о повседневной деятельности и распорядке дня

### Самые простые или наиболее приятные моменты дня с вашим ребенком

Физическая активность/повседневная деятельность	Кто участвует?	Что способствует успешной реализации физической активности/повседневной деятельности?

### Самые сложные или наиболее неприятные моменты дня с вашим ребенком

Физическая активность/повседневная деятельность	Кто участвует?	Что затрудняет данную физическую активность/повседневную деятельность?

## Обзор развития вашего ребенка

Дети развивают навыки в трех функциональных сферах, известные как три результата ребенка (Three Child Outcomes): (1) развитие положительных социально-эмоциональных навыков; (2) приобретение и использование знаний и навыков; а также (3) принятие необходимых мер для достижения своих потребностей. Участники вашей команды собрали информацию с помощью наблюдения, собеседований с семьей, изучения записей о вашем ребенке и переданной вами информации об участии вашего ребенка в семейной деятельности и повседневных делах. Эти обзоры текущих уровней развития вашего ребенка отражают его индивидуальные сильные стороны и потребности по отношению к его сверстникам того же возраста. Эта ссылка предоставляет дополнительную информацию с разбивкой функциональных навыков по каждому из [трех результатов ребенка](#).

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Развитие положительных социально-эмоциональных навыков

Обзор того, как ваш ребенок взаимодействует и играет с семьей, другими взрослыми и другими детьми. Этот обзор включает то, как он или она (1) показывает привязанность к членам семьи, (2) понимает и использует свое имя и имена других; (3) здоровается и прощается; (4) играет со знакомыми и незнакомыми взрослыми и сверстниками; (5) выражает то, что ему (ей) принадлежат какие-либо игрушки и делится ими с другими; (6) демонстрирует свои чувства и успокаивается, когда он или она расстроен (-а), а также (7) принимает участие в играх и понимает социальные правила, например, играть в «ку-ку», петь песни, танцевать, играть в ролевые игры и соблюдать свою очередь.

---

**Для ежегодного IFSP и при выходе из программы** — продемонстрировал ли ваш ребенок какие-либо новые навыки или модели поведения, связанные с развитием положительных социально-эмоциональных навыков, с момента последнего оценивания итоговых результатов ребенка (Child Outcome Summary) ?

Да  Нет

**Согласно оцениванию итоговых результатов ребенка (Child Outcome Summary Rating, COS)** — по сравнению с другими детьми того же возраста ваш ребенок:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> В данной области использует навыки, ожидаемые от детей гораздо младшего возраста.  | <input type="checkbox"/> Время от времени использует ожидаемые для данного возраста навыки. В данной области у вашего ребенка преобладают навыки, присущие детям младшего (чем его собственный) возраста. |
| <input type="checkbox"/> Использует некоторые ранние навыки, необходимые для развития навыков, ожидаемых для данного возраста. Все еще не использует ожидаемые для данного возраста навыки. | <input type="checkbox"/> Использует многие навыки, ожидаемые для данного возраста. В данной области имеет некоторые навыки, характерные для детей младшего (чем его собственный) возраста.                |
| <input type="checkbox"/> Использует многие ранние навыки, необходимые для развития навыков, ожидаемых для данного возраста. Все еще не использует ожидаемые для данного возраста навыки.    | <input type="checkbox"/> В данной области использует ожидаемые от него (нее) навыки. Тем не менее, существует потенциальная вероятность для беспокойства.   |
|   | <input type="checkbox"/> В данной области использует все ожидаемые от него (нее) навыки.  |
-

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Приобретение и использование знаний и навыков

Это обзор того, как ваш ребенок играет, узнает новое и передает другим то, что знает. Обзор включает в себя то, как ребенок (1) наблюдает и учится у других; (2) решает проблемы, (3) анализирует новую информацию, (4) участвует в целенаправленной игре, (5) «читает» книги, (6) понимает указания и направления; (7) использует жесты, слова или знаки, чтобы рассказать другим о мире и ответить на вопросы.

---

**Для ежегодного плана IFSP и при выходе из него** — продемонстрировал ли ваш ребенок какие-либо новые навыки или модели поведения, связанные с приобретением и использованием знаний и навыков, с момента последней оценки результатов развития ребенка?

Да  Нет

**Согласно оцениванию итоговых результатов ребенка (COS)** — по сравнению с другими детьми того же возраста ваш ребенок:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> В данной области использует навыки, ожидаемые от детей гораздо младшего возраста.  | <input type="checkbox"/> Время от времени использует ожидаемые для данного возраста навыки. В данной области у ребенка преобладают навыки, присущие детям младшего (чем его собственный) возраста. |
| <input type="checkbox"/> Использует некоторые ранние навыки, необходимые для развития навыков, ожидаемых для данного возраста. Все еще не использует ожидаемые для данного возраста навыки. | <input type="checkbox"/> Использует многие навыки, ожидаемые для данного возраста. В данной области имеет некоторые навыки характерные для детей младшего (чем его собственный) возраста.          |
| <input type="checkbox"/> Использует многие ранние навыки, необходимые для развития навыков, ожидаемых для данного возраста. Все еще не использует ожидаемые для данного возраста навыки.    | <input type="checkbox"/> В данной области использует ожидаемые от него (нее) навыки. Тем не менее, существует потенциальная вероятность для беспокойства.  |
|   | <input type="checkbox"/> В данной области использует все ожидаемые от него (нее) навыки.   |
-

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Использование необходимых действий для удовлетворения потребностей

Это обзор того, как ваш ребенок целенаправленно двигается, помогает заботиться и ухаживать за собой и сообщает то, что он хочет и в чем нуждается. Он включает в себя то, как ребенок (1) перемещается с места на место, (2) ест и пьет, (3) участвует в одевании и раздевании; (4) спит во время дневного и ночного сна; (5) участвует в купании, надевании подгузников и посещении туалета; (6) следует указаниям о безопасности и (7) сообщает другим о своих желаниях и потребностях.

---

**Для ежегодного плана IFSP и при выходе из него** — продемонстрировал ли ваш ребенок какие-либо новые навыки или поведение, связанные с использованием надлежащих действий для удовлетворения потребностей, с момента последнего оценивания итоговых результатов ребенка?

Да  Нет

**Согласно оцениванию итоговых результатов ребенка (COS)** — по сравнению с другими детьми того же возраста ваш ребенок:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> В данной области использует навыки, ожидаемые от детей гораздо младшего возраста.  | <input type="checkbox"/> Время от времени использует ожидаемые для данного возраста навыки. В данной области у ребенка преобладают навыки, присущие детям младшего (чем его собственный) возраста. |
| <input type="checkbox"/> Использует некоторые ранние навыки, необходимые для развития навыков, ожидаемых для данного возраста. Все еще не использует ожидаемые для данного возраста навыки. | <input type="checkbox"/> Использует многие навыки, ожидаемые для данного возраста. В данной области имеет некоторые навыки, характерные для детей младшего (чем его собственный) возраста.         |
| <input type="checkbox"/> Использует многие ранние навыки, необходимые для развития навыков, ожидаемых для данного возраста. Все еще не использует ожидаемые для данного возраста навыки.    | <input type="checkbox"/> В данной области использует ожидаемые от него (нее) навыки. Тем не менее, существует потенциальная вероятность для беспокойства.  |
|   | <input type="checkbox"/> В данной области использует все ожидаемые от него (нее) навыки.   |
-

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Сводные данные семейно-ориентированного оценивания (FDA)

Кем проводится FDA: \_\_\_\_\_

### Проблемы семьи

Здесь кратко резюмируются трудности, сложности или проблемы, с которыми ваш ребенок/ семья сталкивается в повседневной жизнедеятельности, и при которых может быть полезным обратиться за помощью к команде EI:

### Семейные ресурсы

Это обзор ресурсов, которыми располагает ваш ребенок/семья для того, чтобы получить поддержку, включая людей, деятельность, программы или организации, а также ресурсов, которыми вы в настоящее время не располагаете, но хотели бы располагать или от которых могли бы получить пользу.

### Приоритеты семьи

Это обзор конкретных навыков, деятельности и (или) ресурсов, которые вы хотели бы чтобы ваш ребенок и (или) ваша семья приобрели в результате оказания услуг раннего вмешательства.

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Раздел 4. Результаты вашего ребенка и семьи

Данный раздел описывает результаты, достигнутые в отношении ребенка или семьи, основываясь на том, каких целей вы хотите добиться, а также какие шаги необходимы для достижения вашего результата. Этот результат основывается на информации, которую вы передали о повседневной жизни вашей семьи во время оценивания(-й) ребенка. Каждый результат по плану IFSP должен быть записан словами, легко понятными каждому, и достаточно подробно, чтобы вся команда знала, когда он был достигнут. Результаты должны основываться на ваших пожеланиях в рамках деятельности вашей семьи в результате поддержки и услуг, оказываемых в рамках EI.

Номер результата:	Данный результат ребенка касается: <input type="checkbox"/>	Развития положительных социальных навыков <input type="checkbox"/>	Приобретения и использования новых навыков и знаний <input type="checkbox"/>	Принятия мер для удовлетворения собственных потребностей <input type="checkbox"/>	Данный результат семьи касается: <input type="checkbox"/>	Благополучия семьи, участия семьи или информации для семьи (о семье) <input type="checkbox"/>
-------------------	---	--	--	---	---	---

Результат:

Что происходит сейчас с данным результатом?

Стратегии: какие шаги и деятельность (в т.ч. кто и когда) помогут нам добиться результата в рамках плана IFSP?

Виды поддержки, которыми мы в настоящий момент располагаем, и которые помогут нам добиться данного результата (официальные и естественные, включая услуги, не предоставляемые в рамках раннего вмешательства).

**Обзор по данному результату:** обзор данного плана IFSP должен проводиться по меньшей мере каждые шесть месяцев, однако он может осуществляться и ранее. Вы можете в любое время запросить провести обзор плана IFSP.

Результат обзора:

Дата обзора: \_\_\_\_\_

- Результат достигнут  Продолжить работу по данному результату  Пересмотреть результат  Этот результат больше не является приоритетом

Новые трудности или события, влияющие на данный результат:

Прогресс в достижении данного результата:

Обновленные стратегии:

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Раздел 4. Результаты вашего ребенка и семьи

Данный раздел описывает результаты ребенка или семьи на основании того, каких целей вы хотите добиться, а также какие шаги необходимы для достижения вашего результата. Этот результат основывается на информации, которую вы передали о повседневной жизни вашей семьи во время оценивания(-й) ребенка. Каждый результат по плану IFSP должен быть записан словами, легко понятными каждому, и достаточно подробно, чтобы вся команда знала, когда он был достигнут. Результаты должны основываться на ваших пожеланиях в рамках деятельности вашей семьи в результате поддержки и услуг, оказываемых в рамках EI.

Номер результата:	Данный результат ребенка касается:	<input type="checkbox"/>	Развития положительных социальных навыков	<input type="checkbox"/>	Приобретения и использования новых навыков и знаний	<input type="checkbox"/>	Принятия мер для удовлетворения собственных потребностей	Данный результат семьи касается:	<input type="checkbox"/>	Благополучия семьи, участия семьи или информации для семьи (о семье)
Дата добавления результата:										

**Результат:**

**Что происходит сейчас с данным результатом?**

**Стратегии: какие шаги и деятельность (в т.ч. кто и когда) помогут нам добиться результата в рамках плана IFSP?**

**Виды поддержки, которыми мы в настоящий момент располагаем, и которые помогут нам добиться данного результата (официальные и естественные, включая услуги, не предоставляемые в рамках раннего вмешательства).**

**Обзор по данному результату:** обзор данного плана IFSP должен проводиться по меньшей мере каждые шесть месяцев, однако он может осуществляться и ранее. Вы можете в любое время запросить провести обзор плана IFSP.

**Результат обзора:**

**Дата обзора:** \_\_\_\_\_

- Результат достигнут
- Продолжить работу по данному результату
- Пересмотреть результат
- Этот результат больше не является приоритетом

**Новые трудности или события, влияющие на данный результат:**

**Прогресс в достижении данного результата:**

**Обновленные стратегии:**

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Раздел 4. Результаты вашего ребенка и семьи

Данный раздел описывает результаты ребенка или семьи на основании того, каких целей вы хотите добиться, а также какие шаги необходимы для достижения вашего результата. Этот результат основывается на информации, которую вы передали о повседневной жизни вашей семьи во время оценивания(-й) ребенка. Каждый результат по плану IFSP должен быть записан словами, легко понятными каждому, и достаточно подробно, чтобы вся команда знала, когда он был достигнут. Результаты должны основываться на ваших пожеланиях в рамках деятельности вашей семьи в результате поддержки и услуг, оказываемых в рамках EI.

Номер результата:	Данный результат ребенка касается: <input type="checkbox"/>	Развития положительных социальных навыков <input type="checkbox"/>	Приобретения и использования новых навыков и знаний <input type="checkbox"/>	Принятия мер для удовлетворения собственных потребностей <input type="checkbox"/>	Данный результат семьи касается: <input type="checkbox"/>	Благополучия семьи, участия семьи или информации для семьи (о семье) <input type="checkbox"/>
Дата добавления результата:						

**Результат:**

**Что происходит сейчас с данным результатом?**

**Стратегии: какие шаги и деятельность (в т.ч. кто и когда) помогут нам добиться результата в рамках плана IFSP?**

**Виды поддержки, которыми мы в настоящий момент располагаем, и которые помогут нам добиться данного результата (официальные и естественные, включая услуги, не предоставляемые в рамках раннего вмешательства).**

**Обзор по данному результату:** обзор данного плана IFSP должен проводиться по меньшей мере каждые шесть месяцев, однако он может осуществляться и ранее. Вы можете в любое время запросить провести обзор плана IFSP.

**Результат обзора:**

**Дата обзора:** \_\_\_\_\_

- Результат достигнут  Продолжить работу по данному результату  Пересмотреть результат  Этот результат больше не является приоритетом

**Новые трудности или события, влияющие на данный результат:**

**Прогресс в достижении данного результата:**

**Обновленные стратегии:**

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Раздел 5. План перехода вашего ребенка и семьи

Поддержка и услуги, предоставляемые в рамках раннего вмешательства, заканчиваются, когда ребенку исполнится три года. Этот раздел служит в качестве вашего плана перехода и содержит информацию о потребностях ребенка и его семьи во время перехода, а также шаги и действия, необходимые для максимально гладкого перехода из EI. Ваша команда будет работать с вами над разработкой плана и будет помогать вам в определении потенциальной поддержки или услуг со стороны сообщества, которые могут быть полезны вашему ребенку и семье.

Ваш план будет разработан в период начиная с **9 месяцев** ( \_\_\_\_\_ ) до 90 дней ( \_\_\_\_\_ ) до третьего дня рождения вашего ребенка.  
Дата Дата

Если вашего ребенка направили в программу EI в период 90 дней, предшествующих его третьему дню рождения, то ваш план перехода будет разработан на вашей первоначальной встрече по плану IFSP.

Этот процесс планирования включает в себя:

- Обсуждение с вами будущих потребностей вашего ребенка и семьи, потенциальных будущих услуг и мест размещения, а также деталей, которые могут вам понадобиться в отношении данных вариантов.
- Процедуры подготовки вашего ребенка к изменениям в оказании услуг, включая шаги, которые помогут ребенку адаптироваться и действовать в новой обстановке. Под этим может подразумеваться что угодно: от обучения как садиться в школьный автобус, до разлуки с членами семьи, или освоения и использования устройства для общения или других вспомогательных технологий в новой обстановке.
- Определение этапов перехода, действий и всего того, что, по мнению команды IFSP, необходимо для помощи в осуществлении перехода.
- С вашего согласия (по форме EI-07 «Согласие на проведение конференции по планированию перехода») будет организована конференция по планированию перехода (Transition Planning Conference, TPC) с участием представителей общественных служб, которых вы указали как потенциальные ресурсы.

Хотя имя, дата рождения вашего ребенка и ваши контактные данные уже были переданы в управление вашего школьного округа, TPC станет для вас моментом, когда вы можете поделиться или же получить дополнительную информацию. Если ваш ребенок имеет право на получение услуг специального дошкольного образования в возрасте трех лет, то данный процесс планирования также будет включать собеседования с вами относительно роли школьного округа и получение вашего согласия на передачу в ваш школьный округ копий последних оценок, оцениваний и плана IFSP, а также приглашение представителя школьного округа на конференцию по планированию перехода.

**Дата завершения перехода с разработанными этапами и услугами:**

**Потенциальные ресурсы, места размещения и (или) услуги в будущем:**

**Результат перехода ребенка: что нужно вашему ребенку для плавного перехода?**

Номер результата:

**Стратегии: какие шаги и деятельность (в т.ч. кто и когда) помогут нам добиться результата в рамках плану IFSP?**

Данный результат переходного периода касается:

Развития положительных социальных навыков

Приобретения и использования новых навыков и знаний

Принятия мер для удовлетворения собственных потребностей

**Переходный результат для семьи: что вам нужно, чтобы поддержать своего ребенка в этот переходной период?**

Номер результата:

**Стратегии: какие шаги и деятельность (в т.ч. кто и когда) помогут нам добиться результата в рамках плану IFSP?**

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

**Обзор результатов(-ов) перехода:** обзор данного плана IFSP должен проводиться по меньшей мере каждые шесть месяцев, однако он может осуществляться и ранее. Вы можете в любое время запросить провести обзор плана IFSP.

**Результат обзора по результатам перехода ребенка:**

**Дата обзора:** \_\_\_\_\_

- Результат достигнут     Продолжить работу по данному результату     Пересмотреть результат     Этот результат больше не является приоритетом

**Итог пересмотра результатов переходного периода для семьи:**

- Результат достигнут     Продолжить работу по данному результату     Пересмотреть результат     Этот результат больше не является приоритетом

**Новые трудности или события, влияющие на данный результат:**

**Прогресс в достижении данного результата:**

**Обновленные стратегии, шаги и действия:**

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Раздел 6. Услуги раннего вмешательства

Услуги раннего вмешательства могут предоставляться основным поставщиком услуг (primary service provider, PSP) или вторичным поставщиком услуг (secondary service provider, SSP). Основным поставщик услуг (PSP) непосредственно помогает/обслуживает семью во время всех посещений в целях помощи по достижению результатов и содействия обучению и развитию детей. Вторичные поставщики услуг (SSP) периодически оказывают поддержку PSP и семье для помощи в достижении результатов по плану IFSP в рамках совместных визитов. Совместные визиты проводятся столько раз, сколько это необходимо, в зависимости от потребностей PSP и семьи. В дополнение к поставщику(-ам) услуг, вы всегда имеете доступ ко всей команде поставщиков услуг EI для поддержки вашей семьи.

**Используя всю доступную информацию, команда IFSP определила следующие услуги EI, которые должны помочь в достижении нашего результата.**

**Дата плана IFSP:**

Тип раннего вмешательства EI	Способ	Место	Частота	Длительность процедуры	Агентство-поставщик	Источник финансирования	Планируемая дата начала*	Планируемая дата окончания	Номер(-а) результата (-ов)
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Новая услуга		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Новая услуга		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Новая услуга		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Новая услуга		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Новая услуга		

Способ: лично (P); с помощью технологий (T)

Местоположение: дома (H); на территории сообщества (C); иное (Д)

\*Если предполагается, что какая-либо новая или измененная услуга будет предоставляться в течение 10 дней после данной встречи по плану IFSP, см. раздел «Отказ от сроков» в разделе 8 плана IFSP.

Объяснение того, почему какие-либо услуги раннего вмешательства не могут быть предоставлены в естественной среде:

Список шагов, включая планируемую дату, которые координатор услуг EI и семья должны предпринять для перевода услуг(-и) в естественную среду.

Услуги EI, которые необходимы, но еще не скоординированы:

Шаги, которые предпримет координатор услуг EI для координирования требуемой(-ых) услуг(-и) раннего вмешательства.

Своевременное получение услуг (timely receipt of services, TRS) предусмотрено до: \_\_\_\_\_

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Раздел 7. Участие команды

В дополнение к вашему ценному вкладу в разработку данного плана IFSP в определении, оценке и разработке IFSP принимали участие следующие лица:

**Имя координатора услуг EI:**

Тел.:

Эл. почта:

<b>Имя:</b> Тел.: Эл. почта:  Должность: <input type="checkbox"/> Лицо, осуществляющее оценивание <input type="checkbox"/> Поставщик услуг	<b>Специализация:</b> <input type="checkbox"/> Специалист по развитию <input type="checkbox"/> Логопед <input type="checkbox"/> Педагог дошкольного учреждения и начальной школы <input type="checkbox"/> Эрготерапевт <input type="checkbox"/> Социальный работник <input type="checkbox"/> Физиотерапевт <input type="checkbox"/> Специалист по зрению <input type="checkbox"/> Медбрат/медсестра <input type="checkbox"/> Специалист по слуху <input type="checkbox"/> Другой вариант:
--	--

<b>Имя:</b> Тел.: Эл. почта:  Должность: <input type="checkbox"/> Лицо, осуществляющее оценивание <input type="checkbox"/> Поставщик услуг	<b>Специализация:</b> <input type="checkbox"/> Специалист по развитию <input type="checkbox"/> Логопед <input type="checkbox"/> Педагог дошкольного учреждения и начальной школы <input type="checkbox"/> Эрготерапевт <input type="checkbox"/> Социальный работник <input type="checkbox"/> Физиотерапевт <input type="checkbox"/> Специалист по зрению <input type="checkbox"/> Медбрат/медсестра <input type="checkbox"/> Специалист по слуху <input type="checkbox"/> Другой вариант:
--	--

<b>Имя:</b> Тел.: Эл. почта:  Должность: <input type="checkbox"/> Лицо, осуществляющее оценивание <input type="checkbox"/> Поставщик услуг	<b>Специализация:</b> <input type="checkbox"/> Специалист по развитию <input type="checkbox"/> Логопед <input type="checkbox"/> Педагог дошкольного учреждения и начальной школы <input type="checkbox"/> Эрготерапевт <input type="checkbox"/> Социальный работник <input type="checkbox"/> Физиотерапевт <input type="checkbox"/> Специалист по зрению <input type="checkbox"/> Медбрат/медсестра <input type="checkbox"/> Специалист по слуху <input type="checkbox"/> Другой вариант:
--	--

<b>Имя:</b> Тел.: Эл. почта:  Должность: <input type="checkbox"/> Лицо, осуществляющее оценивание <input type="checkbox"/> Поставщик услуг	<b>Специализация:</b> <input type="checkbox"/> Специалист по развитию <input type="checkbox"/> Логопед <input type="checkbox"/> Педагог дошкольного учреждения и начальной школы <input type="checkbox"/> Эрготерапевт <input type="checkbox"/> Социальный работник <input type="checkbox"/> Физиотерапевт <input type="checkbox"/> Специалист по зрению <input type="checkbox"/> Медбрат/медсестра <input type="checkbox"/> Специалист по слуху <input type="checkbox"/> Другой вариант:
--	--

**Имена других участников**

**Должность/кем приходится семье**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Имя ребенка:

Дата рождения:

Номер ETID:

## Раздел 8. Предварительное письменное уведомление и согласие на получение услуг EI

### Согласие родителей

Я даю согласие на предоставление услуг раннего вмешательства, описанных в данном плане IFSP. Я принимал(-а) участие в разработке данного IFSP и я был(-а) подробно проинформирован(-а) и понимаю всю информацию, связанную с предоставлением услуг раннего вмешательства, описанных в данном плане IFSP. Я получил(-а) копию брошюры «Права родителей при раннем вмешательстве в штате Ohio» (Ohio Early Intervention Parent Rights) и понимаю свои права в отношении предоставления данного согласия. Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спора в случае жалобы в отношении раннего вмешательства.

Если какой-либо поставщик услуг раннего вмешательства в штате Ohio рекомендует или предлагает начать (инициировать) или изменить услуги EI, которые будут предоставлены моей семье и ребенку, то, в таком случае, мне должно быть вручено предварительное письменное уведомление по крайней мере за десять календарных дней до начала или изменения данной услуги EI. Я понимаю, что данный план IFSP представляет собой предварительное письменное уведомление о предлагаемых услугах раннего вмешательства, а детали предлагаемого начала или изменения услуг описаны в Разделе 6 плана IFSP. Дополнительное предварительное письменное уведомление не требуется для услуги, предложение о завершении которой было сделано с использованием формы EI-11 до этой встречи по плану IFSP.

#### Отказ от сроков выполнения (необязательно)

Я понимаю и согласен(-а) отказаться от своего права на получение письменного уведомления за 10 календарных дней до изменения или начала услуги EI.

\_\_\_\_\_  
Инициалы родителя(-ей)

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя родителя

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя родителя

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя

\_\_\_\_\_  
Дата

### Координатор услуг EI и согласие поставщика

Мы подтверждаем, что данные результаты отражают приоритеты и трудности семьи, а услуги раннего вмешательства окажут помощь в достижении данных результатов. Мы соглашаемся выполнять план IFSP таким образом, чтобы поддерживать возможность семьи помогать своему ребенку участвовать в повседневной жизнедеятельности семьи и учиться во время ее осуществления, когда это возможно.

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия

\_\_\_\_\_  
Специализация

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Координатор  
услуг EI

# Форма со EI-05

Сегодняшняя дата

Имя ребенка рождения ребенка

Дата

Номер ETID

## Форма согласия на использование страхования для оплаты услуг программы раннего вмешательства

### Использование личного страхования

Мой координатор услуг рассказал о правилах «платежной системы» и обо всех потенциальных расходах, которые могут возникнуть при использовании моего личного страхования для оплаты услуг программы раннего вмешательства, например, при совместных платежах, отчислениях, премиях или долгосрочных расходах (например, при потере льгот из-за превышения годового или пожизненного лимита медицинского страхования по страховому полису. Я получил(-а) письменное уведомление об этих потенциальных расходах и о своих правах. Я понимаю, что когда я дам свое согласие на использование моего личного страхования, государство осуществит совместные платежи и отчисления за первые 100 единиц услуг программы раннего вмешательства в год по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP), если я буду считаться платежеспособным(-ой). Государство осуществит совместные платежи и отчисления за все единицы услуг программы раннего вмешательства, если я буду считаться неплатежеспособным(-ой).

Я даю свое согласие на оплату услуг программы раннего вмешательства (EI) при использовании моего личного страхования

Да

Нет

У меня нет личного страхования

Номер первичного страхования	Начало срока действия договора страхования	Окончание срока действия договора страхования
Название страховой медицинской организации	Имя застрахованного лица	
Номер вторичного страхования	Начало срока действия договора страхования	Окончание срока действия договора страхования
Название страховой медицинской организации	Имя застрахованного лица	

Имя (имена) родителя(-ей)

Подпись(-и) родителя(-ей)

Дата

### Использование государственного страхования

Мой координатор услуг рассказал о правилах платежной системы программы раннего вмешательства. Я получил(-а) письменное уведомление о своих правах и понимаю, что отсутствуют потенциальные расходы при участии в льготной программе Medicaid для получения услуг программы раннего вмешательства (EI).

Я даю свое согласие на предоставление личных данных моего ребенка (информации, используемой для идентификации моего ребенка) поставщику услуг программы раннего вмешательства по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) и государственной организации Medicaid в целях оплаты услуг.

Да

Нет

У моего ребенка нет программы страхования Medicaid

Получатель программы Medicaid / номер счета

Имя (имена) родителя(-ей)  
родителя(-ей)

Подпись(-и)

Дата



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Форма EI-06

Сегодняшняя дата

Имя ребенка рождения ребенка

Дата

Номер ETID

## Форма согласия на предоставление и / или обмен информацией

Вы, родитель(-и), имеете доступ к любой части записей программы раннего вмешательства (EI) Вашего ребенка. Записи программы раннего вмешательства (EI) — это все записи, касающиеся Вашего ребенка, которые собраны, сохранены или используются в соответствии с федеральным законодательством, а именно в соответствии с Частью С Закона об образовании лиц с ограниченными возможностями.

За исключением имени, даты рождения Вашего ребенка и Вашей контактной информации, предоставленных Вашему окружному управлению образования, Ваша информация об участии в программе раннего вмешательства (EI) не может быть предоставлена каким-либо лицам или агентствам вне системы программы раннего вмешательства (EI) без Вашего разрешения. С Вашего разрешения информация может быть предоставлена в устной или письменной формах. Вы можете решить, какую информацию Вы желаете или не желаете предоставлять. Когда Вы даете свое согласие на предоставление или обмен информацией, то копия этой формы согласия будет предоставлена агентствам или лицам. Предоставление формы согласия родителя(-ей) не обязательно в силу некоторых ограничений. Пожалуйста, пользуйтесь Вашей брошюрой «Права родителей рамках программы раннего вмешательства» по этим причинам.

Я даю свое согласие на предоставление информации или обмен информацией об участии в программе раннего вмешательства в штате Ohio (EI) Имя и / или агентство:

Контактная информация (при наличии):

Следующая информация о моем ребенке / обо мне:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Индивидуальный план семейного обслуживания (IFSP)         | <input type="checkbox"/> Результаты определения соответствия критериям программы |
| <input type="checkbox"/> Примечания к делу по программе раннего вмешательства (EI) | <input type="checkbox"/> Вся запись о программе раннего вмешательства (EI)       |
| <input type="checkbox"/> Другое (указать) <input type="text"/>                     |  |

При использовании следующих методов:

- |  |                                |   |
|--|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Телефон / Текстовое сообщение / Видео | <input type="checkbox"/> Лично | <input type="checkbox"/> Эл. почта / Факс / Цифровая загрузка |
| <input type="checkbox"/> Бумажные документы                    |                                |   |

Целью предоставления или обмена информацией является оказание помощи в:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Определении соответствия критериям программы раннего вмешательства в штате Ohio (EI) | <input type="checkbox"/> Переходе от программы раннего вмешательства (EI) к дошкольной или другим программам сообщества |
| <input type="checkbox"/> Разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP)                       | <input type="checkbox"/> Предоставлении услуг ребенку и прогрессе ребенка   |
| <input type="checkbox"/> Другое (указать) <input type="text"/>  |   |

Опишите любые ограничения, касающиеся предоставления или обмена информацией (при необходимости).

Данное согласие действительно:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> До достижения моим ребенком трехлетнего возраста <input type="text"/> |  |
| <input type="checkbox"/> От <input type="text"/> Кому <input type="text"/>                     |  |

Мой координатор услуг или поставщик услуг программы раннего вмешательства (EI) сообщил мне всю информацию, связанную с предоставлением или обменом информацией, и рассказал о моих родительских правах, а также о праве на предоставление согласия. У меня есть копия брошюры «Права родителей в рамках программы раннего вмешательства (EI) в штате Ohio» ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спорных вопросов, в случае жалоб, в рамках программы раннего вмешательства (EI). Я понимаю и даю свое согласие на предоставление или обмен информацией о моем ребенке. Я понимаю, что, несмотря на то, что я даю свое согласие на обмен информацией, другие агентства, не имеющие программы раннего вмешательства, могут потребовать их собственные формы для предоставления информации.

---

Имя (имена) родителя(-ей)  
родителя(-ей)

---

Подпись(-и)

---

Дата

***Если эта форма заполняется лицом, не являющимся координатором услуг программы раннего вмешательства (EI), то поставщик услуг программы раннего вмешательства (EI) должен отправить копию***

***Координатору услуг программы раннего вмешательства (EI) в течение пяти календарных дней с даты подписания формы согласия.***



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Форма EI-07

Сегодняшняя дата

Имя ребенка/рождения ребенка

Дата

Номер ETID

## Форма согласия на проведение конференции по планированию переходного периода (ТРС):

До того как Вашему ребенку исполнится 3 (три) года и Вы покинете программу раннего вмешательства, конференция по планированию переходного периода поможет в планировании о том, как мы можем помочь Вам в переходе от услуг программы раннего вмешательства к услугам и оказании помощи Вашему ребенку, которые он может получить в возрасте 3 лет. Эта конференция должна состояться не менее чем за 90 дней, но не ранее чем за 9 месяцев до достижения Вашим ребенком 3-летнего возраста. До планирования этой встречи Вы и Ваша группа специалистов программы раннего вмешательства (EI) можете идентифицировать тех, кого Вы желаете пригласить на встречу, включая любых поставщиков социальных услуг.

Я даю свое согласие на проведение конференции по планированию переходного периода (ТРС)

Я не даю свое согласие на проведение конференции по планированию переходного периода (ТРС)

Если Ваш ребенок соответствует критериям специального дошкольного образования, то за предоставление этих услуг будет отвечать Ваше местное окружное управление образования. Вы можете пригласить представителя Вашего окружного управления образования, который объяснит процесс определения соответствия критериям специального дошкольного образования в соответствии с «Частью В». На встречу также могут быть приглашены другие поставщики социальных услуг.

Я даю свое согласие на приглашение представителя окружного управления образования на мою конференцию по планированию переходного периода (ТРС)

Я не даю свое согласие на приглашение представителя окружного управления образования на мою конференцию по планированию переходного периода (ТРС)

Если Вы и Ваша группа специалистов программы раннего вмешательства (EI) считаете, что Ваш ребенок потенциально НЕ соответствует критериям специального дошкольного образования ИЛИ Вы не желаете приглашать представителей Вашего окружного управления образования, мы можем провести конференцию по планированию переходного периода с другими поставщиками социальных услуг, которых Вы указали в качестве потенциальных ресурсов.

Имя (имена) родителя(-ей)

Подпись(-и) родителя(-ей)

Дата



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Форма EI-08

Сегодняшняя дата

Имя ребенка рождения ребенка

Дата

Номер ETID

## Форма согласия на направление ребенка в местное образовательное учреждение и Департамент образования и трудовых ресурсов штата Ohio (Department of Education and Workforce, DEW)

Программа раннего вмешательства в штате Ohio (EI) недавно предоставила направление для Вашего ребенка. Поскольку программа раннего вмешательства (EI) — это программа для детей с задержками развития и ограниченными возможностями, с рождения до трех лет, то Ваш ребенок слишком близок к достижению трехлетнего возраста для участия в программе раннего вмешательства (EI) при определении соответствия Вашего ребенка критериям этой программы. Однако, если у Вас есть подозрения относительно наличия у Вашего ребенка задержки развития или ограниченных возможностей, то Ваш ребенок может соответствовать критериям специального дошкольного образования в соответствии с Частью В Закона об образовании лиц с ограниченными возможностями.

Для получения такого направления Вы можете обратиться в Ваше окружное управление образования самостоятельно.

Если Вы желаете, чтобы представители программы раннего вмешательства (EI) обратились в Ваше окружное управление образования для получения такого направления, мы хотели бы получить форму Вашего согласия. При получении формы Вашего согласия мы будем использовать эту форму для предоставления Вашей контактной информации, а также имени и даты рождения Вашего ребенка в Ваше окружное управление образования и Департамент образования и трудовых ресурсов штата Ohio (Ohio Department of Education and Workforce, ODEW), которые будут нести ответственность за образование Вашего ребенка.

Я полностью проинформирован (-а) и понимаю, что моя контактная информация, а также имя моего ребенка будут переданы в мое местное окружное управление образования и Департамент образования и трудовых ресурсов штата Ohio (Ohio Department of Education and Workforce, ODEW). Я получил (-а) копию брошюры «Права родителей в рамках программы раннего вмешательства в штате Ohio» ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спорных вопросов, в случае жалоб, в рамках программы раннего вмешательства (EI). Я даю свое согласие на предоставление имени и даты рождения моего ребенка, а также моей контактной информации представителям программы раннего вмешательства (EI) в мое окружное управление образования и Департамент образования и трудовых ресурсов штата Ohio (Ohio Department of Education and Workforce, ODEW).

Имя (имена) родителя(-ей)

Подпись(-и) родителя(-ей)

Дата

Адрес проживания родителя(-ей)  
родителя(-ей)

Эл. почта родителя(-ей)

Номер телефона

Город проживания родителя(-ей), штат, почтовый индекс

\*После того, как родитель(и) поставит(-ят) подпись, эту подписанную форму согласия необходимо отправить по электронной почте [EI@childrenandyouth.ohio.gov](mailto:EI@childrenandyouth.ohio.gov), чтобы убедиться в том, что направление заполнено.



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Форма EI-10

Сегодняшняя дата

Имя ребенка рождения ребенка

Дата

Номер ETID

Имя (имена) родителя(-ей)

## Предварительное письменное уведомление о выходе из программы

Программа раннего вмешательства в штате Ohio (EI) предлагает прекратить предоставление услуг программы раннего вмешательства (EI) Вам и Вашему ребенку. Программа раннего вмешательства в штате Ohio (EI) будет хранить копию записей Вашего ребенка до достижения им девятилетнего возраста. У Вас есть право ознакомиться или отправить запрос на получение записей Вашего ребенка.

Программа раннего вмешательства в штате Ohio (EI) предлагает Вашему ребенку выйти из системы программы раннего вмешательства (EI) не ранее чем за 10 календарных дней с даты этого уведомления по следующим причинам:

Был проведен скрининг Вашего ребенка, и подозрения относительно наличия у него задержки развития или ограниченных возможностей отсутствуют. Вы можете отправить запрос на получение оценки развития в любое время, связавшись со своим координатором услуг программы раннего вмешательства (EI).

Необходимая оценка или анализ не были выполнены.

Ваш ребенок не соответствует критериям программы раннего вмешательства (EI) для получения услуг.

Ваш ребенок переехал из штата Ohio.

Ваш ребенок достиг результатов по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP), и группа специалистов определила, что никакие дополнительные результаты по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) не требуются.

Сообщите нам, что на данный момент Вы больше не заинтересованы или не можете участвовать в программе раннего вмешательства (EI).

Мы не смогли с вами связаться. Если Вы по-прежнему заинтересованы в получении услуг программы раннего вмешательства (EI), пожалуйста, свяжитесь с Вашим координатором услуг программы раннего вмешательства (EI) в течение десяти календарных дней с момента получения данного уведомления.

Ваш ребенок был переведен на обучение по индивидуальной программе обучения (IEP) в соответствии с Частью В до достижения им трехлетнего возраста.

Предлагаемая дата  
выхода из программы:

Комментарии:

Как родитель у Вас есть доступ к вариантам разрешения спорных вопросов. Прилагается копия брошюры «Права родителей в рамках программы раннего вмешательства (EI)» ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Если Вы по-прежнему заинтересованы в получении услуг программы раннего вмешательства или считаете, что причина выхода Вашего ребенка не ясна или не точная, пожалуйста, свяжитесь со мной.

---

Имя координатора услуг программы  
раннего вмешательства (EI)

---

Контактная информация координатора услуг программы  
раннего вмешательства (EI)

***Вы можете отслеживать развитие Вашего ребенка здесь — [www.helpmegrow.org/ASQ](http://www.helpmegrow.org/ASQ). До достижения Вашим ребенком трехлетнего возраста, Вы можете обратиться за повторным направлением в Центральную приемную комиссию по номеру 1-800-755-4769 в любое время или посетить веб-страницу [www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org).***



**Department of  
Children & Youth**

---

Help Me Grow Early Intervention

# Форма EI-11

Сегодняшняя дата

Имя ребенка рождения ребенка

Дата

Номер ETID

Имя (имена) родителя(-ей)

## Предварительное письменное уведомление о предлагаемых изменениях в услугах

Услуги программы раннего вмешательства в штате Ohio (EI) определяются в процессе разработки индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP). Предварительное письменное уведомление об этих услугах предоставляется посредством формы разработки индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) во время встречи по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP). Однако, когда какой-либо поставщик услуг программы раннего вмешательства в штате Ohio (EI) предлагает прекратить предоставление услуг программы раннего вмешательства (EI) до встречи по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP), Вам должно быть направлено предварительное письменное уведомление не менее чем за десять календарных дней до прекращения предоставления этих услуг программы раннего вмешательства (EI). Ваш координатор услуг свяжется с Вами для планирования встречи по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) и определения следующих шагов.

Программа раннего вмешательства в штате Ohio предлагает прекращение предоставления одной или нескольких услуг программы раннего вмешательства (EI) Вашему ребенку и Вашей семье.

Сведения о предлагаемых изменениях

Причина предлагаемых изменений

Предлагаемая дата изменений (не менее чем за 10 дней с сегодняшней даты)

Пожалуйста, свяжитесь со мной как можно скорее, если у Вас есть какие-либо вопросы по данной теме.

Имя поставщика услуг программы раннего вмешательства (EI)

Контактная информация поставщика услуг программы раннего вмешательства (EI)

Как родитель у Вас есть доступ к вариантам разрешения спорных вопросов. Прилагается копия брошюры «Права родителей в рамках программы раннего вмешательства (EI) в штате Ohio» ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Если у Вас есть какие-либо вопросы, пожалуйста, свяжитесь с Вашим координатором услуг программы раннего вмешательства (EI) по:

Имя координатора услуг программы раннего вмешательства (EI)

Контактная информация координатора услуг программы раннего вмешательства (EI)

**Отказ от сроков выполнения (не обязательно)**

Я понимаю и даю свое согласие отказаться от своего права на получение письменного уведомления за 10 календарных дней до внесения изменений в предлагаемой деятельности.

\_\_\_\_\_  
Инициалы родителя(-ей)

\_\_\_\_\_  
Дата

По \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (имя /

Предоставлены копия данного уведомления и форма согласия родителю(-ям)

Лично

По эл. почте

По эл. почте.

*Если эта форма заполняется лицом, не являющимся координатором услуг программы раннего вмешательства (EI), то поставщик услуг программы раннего вмешательства (EI) должен отправить копию координатору услуг программы раннего вмешательства (EI) в течение пяти календарных дней, направив уведомление родителю(-ям).*



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Форма EI-12

Имя ребенка

Дата рождения ребенка

Имя (имена) родителя (-ей)

Номер ETID

## Перечень документов о диагностированном заболевании

Я даю свое согласие на отправку этой формы моему врачу с целью получения документации, подтверждающей диагноз моего ребенка и его воздействие на

Подпись (-и) родителя (-ей)

Дата

Уважаемый врач! В соответствии с государственными и федеральными критериями к участию в программе и в соответствии с Частью С Закона об образовании лиц с ограниченными возможностями (IDEA), большинство медицинских диагнозов не могут автоматически соответствовать критериям программы раннего вмешательства (EI). Однако, специалист, имеющий лицензию на проведение диагностики и лечения психических или физических заболеваний, может определить, что диагностированное заболевание конкретного ребенка, вероятно, может привести к задержке развития. В таком случае группа специалистов программы раннего вмешательства (EI) проведет комплексную оценку определения соответствия ребенка критериям программы. **При использовании этой формы согласия должны быть заполнены все поля для определения соответствия критериям программы раннего вмешательства (EI).**

Пожалуйста, укажите точный диагноз ребенка в этом поле. Не **включайте** такие формулировки, как «глобальная задержка», или «задержка развития» или нарушения развития, например, «нарушение речи».

У меня есть подозрения относительно того, что состояние здоровья этого ребенка, вероятно, приведет к задержке развития, по меньшей мере, в одной из следующих областях (отметьте все приемлемые варианты)

Коммуникация

Социальное / Эмоциональное развитие

Комментарии (не обязательно)

Моторика

Адаптация / Уход за собой / Независимость

Зрение

Когнитивные способности / Умение решать

Слух

проблемы

Другое (указать) \_\_\_\_\_

У меня **нет** причин считать, что состояние здоровья этого ребенка, вероятно, может привести к задержке развития. Однако, я понимаю, что родитель(-и) и ребенок по-прежнему имеют право на получение оценки развития для определения соответствия критериям программы.

**Специалист, имеющий лицензию на проведение диагностики и лечения психических или физических заболеваний**

Имя

Тип лицензии

Телефон

Подпись

Эл.почта

Дата

**Пожалуйста, верните эту заполненную форму согласия координатору услуг программы раннего вмешательства**

Имя координатора услуг программы раннего вмешательства (EI)

Номер факса

Эл. почта

**Помощь только от координатора услуг программы раннего вмешательства (EI)**

Дата получения формы согласия \_\_\_\_\_



**Department of Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Форма EI-13

Сегодняшняя дата

Имя ребенка рождения ребенка

Дата

Номер ETID

Имя (имена) родителя (-ей)

## Уведомление о встрече по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP)

Встреча должна быть проведена для:

- Разработки промежуточного индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP), пока мы не завершим проведение оценки развития и не запланируем разработку первоначального индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP)
- Рассмотрения соответствия критериям программы и оценки информации, а также разработки первого (первоначального) индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP).
- Проведения периодического пересмотра разработки индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) при определении уровня прогресса в достижении результатов, указанных в разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP), а также проведения изменений или пересмотра результатов или услуг программы раннего вмешательства, указанных в разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) при необходимости.
- Рассмотрения оценки информации и разработки годового индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP)
- Эта встреча по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) представляет собой конференцию по планированию переходного периода.
- Мы дали свое согласие на планирование встречи по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) для

Дата

Время

Место

На встречу по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) приглашены следующие поставщики услуг программы раннего вмешательства (EI). Им будет отправлена копия этого уведомления.

Имя, должность или агентство

Имя, должность или агентство

Имя, должность или агентство

Имя, должность или агентство

Вы отправили запрос на то, чтобы следующие лица были приглашены на встречу по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP). Им будет отправлена копия этого уведомления.

Имя, должность или кем приходится

Если у Вас есть какие-либо вопросы или если Вы желаете внести какие-либо изменения в эту встречу, пожалуйста, свяжитесь со мной, с Вашим координатором услуг программы раннего вмешательства (EI):

Имя координатора услуг программы раннего вмешательства (EI)

Контактная информация координатора услуг программы раннего вмешательства (EI)



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Форма EI-14

## Последующее обращение к специалисту

Сегодняшняя дата	Имя данного ребенка рождения ребенка	Дата	Дата направления на участие в программе раннего вмешательства (EI)
Имя специалиста, который направил ребенка	Название агентства	Контактная информация о специалисте или агентстве	

- Программа раннего вмешательства (EI) не получила форму согласия родителя(-ей) на предоставление информации о статусе направления ребенка. Пожалуйста, свяжитесь с семьей для получения дополнительной информации.
- Повторные попытки связаться с родителем(-ями) были безуспешными. Сообщите нам, если у Вас есть обновленная контактная информация для предоставления ее родителю(-ям).

### Родитель(-и) дает(-ют) свое согласие на предоставление следующей информации:

- Родитель(-и) отказался(-ись) от получения услуг программы раннего вмешательства в штате Ohio.
- Ребенок соответствует критериям программы раннего вмешательства в штате Ohio и
- был разработан индивидуальный план по планированию семейного обслуживания (IFSP).
- Была проведена оценка развития ребенка, и он не соответствует критериям программы в штате Ohio.
- Был предоставлен скрининг развития, при этом подозрения относительно наличия у ребенка задержки развития или ограниченных возможностей отсутствуют.

Другое:

Мой координатор услуг предоставил мне всю информацию, связанную со статусом направления моего ребенка на участие в программе раннего вмешательства (EI) и рассказал о моих родительских правах, а также о праве на предоставление согласия. У меня есть копия брошюры «Права родителей в рамках программы раннего вмешательства (EI) в штате Ohio» ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спорных вопросов, в случае жалоб, в рамках программы раннего вмешательства (EI). Я понимаю и даю свое согласие на предоставление информации о статусе направления моего ребенка специалисту, который передал это направление.

Имя (имена) родителя(-ей)

Подпись(-и) родителя(-ей)

Дата

**Программа раннего вмешательства в штате Ohio благодарит Вас за предоставление направления!**  
**Вы можете отправить запрос на получение повторного направления в любое время, обратившись в Центральную приемную комиссию по номеру 1-800-755-4769 или посетив веб-страницу [www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org).**



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

# Форма EI-15

Сегодняшняя дата

Имя ребенка рождения ребенка

Дата

Номер ETID

## Определение платежеспособности родителя(-ей) для оплаты услуг программы раннего вмешательства

### Перечень документов (требуется указать только один документ)

- (A)  Карта участника (-цы) программы Medicaid штата Ohio
- (B)  Карта участника (-цы) специальной дополнительной программы питания для женщин, младенцев и детей штата Ohio
- (C)  Доход(-ы) родителя(-ей)

Инициалы  
родителя(-ей)

Я понимаю, что предоставление информации о моих доходах позволяет координатору услуг программы раннего вмешательства (EI) определить, могу ли я соответствовать критериям программы других финансовых ресурсов. Однако, я предпочитаю не предоставлять свою финансовую информацию другим лицам и понимаю, что, согласно административному кодексу штата Ohio (Ohio Administrative Code, OAC) 5123-10-03 (D), я буду нести ответственность за оплату стоимости услуг программы раннего вмешательства после внесения первых 100 единиц, финансируемых государством.

Доход(-ы) родителя(-ей)  Еженедельно (52)  Раз в две недели (26)  Ежемесячно (12)  
 Раз в два месяца (24) Размер семьи: \_\_\_\_\_

Дата(-ы) расчетного листа \_\_\_\_\_

Общая(-ие) сумма(-ы) \_\_\_\_\_

Доход(-ы) родителя(-ей)  Еженедельно (52)  Раз в две недели (26)  Ежемесячно (12)  
 Раз в два месяца (24) Размер семьи: \_\_\_\_\_

Дата(-ы) расчетного листа \_\_\_\_\_

Общая(-ие) сумма(-ы) \_\_\_\_\_

Общий годовой доход: \_\_\_\_\_

Доход семьи меньше или равен сумме при соответствии критериям программы «Healthy Start» для незастрахованных детей? (206% Федерального уровня бедности (Federal Poverty Level, FPL)) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> Да  Нет

Я ознакомился(-ась) и рассмотрел(-а) перечень документов, предоставленных родителем(-ями) в рамках административного кодекса штата Ohio (OAC) 5123-2-10-03 (D), и определил (-а), что

Родитель(-и)  Не может (не могут)  Может (могут) оплачивать услуги программы раннего вмешательства.

Имя координатора услуг программы раннего вмешательства (EI)

Дата

Подпись координатора услуг программы раннего вмешательства (EI)

---

Я рассмотрел(-а) информацию, используемую для заполнения этой формы согласия, и мой координатор услуг объяснил(-а) мне о том, являюсь ли я платежеспособным(-ой) или неплатежеспособным(-ой) для оплаты услуг программы раннего вмешательства (EI). У меня есть копия брошюры «Права родителей в рамках программы раннего вмешательства (EI) в штате Ohio» ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](http://ohioearlyintervention.org/printed-materials)) Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спорных вопросов, в случае жалоб, в рамках программы раннего вмешательства (EI).

---

Имя (имена) родителя(-ей)  
родителя(-ей)

---

Подпись(-и)

---

Дата



**Department of  
Children & Youth**

---

Help Me Grow Early Intervention

# Форма EI-16

**Только при использовании в штате:**  
 Форма EI-16 получена:  
 Просмотрено:  
 Номер центральной системы контроля и управления:

Сегодняшняя дата \_\_\_\_\_ Имя ребенка \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Номер ETID \_\_\_\_\_ Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

## Оплата услуг программы раннего вмешательства (EI)

Имя (имена) родителя(-ей)			Имя (имена) родителя(-ей)		
Адрес			Адрес		
Город	Штат	Почтовый индекс	Город	Штат	Почтовый индекс
Номер социального страхования		Отношение к ребенку	Номер социального страхования		Отношение к ребенку
Домашний телефон		Рабочий телефон	Домашний телефон		Рабочий телефон
Имя координатора услуг программы раннего вмешательства (EI)			Эл. почта координатора услуг программы раннего вмешательства (EI)		

**Название агентства, предоставляющего услуги:** \_\_\_\_\_ **Округ:** \_\_\_\_\_

Можете ли Вы оплачивать?  Да  Нет **Пол ребенка:**  Мужской  Женский

Согласна ли семья на использование государственного или личного страхования?  Да (пожалуйста, приложите форму EI-05)  Нет

Предоставляются ли услуги естественным образом?  Да  Нет

Дата разработки первоначального / годового индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP): \_\_\_\_\_

### Рекомендуемые услуги программы раннего вмешательства в соответствии с разработкой индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) (если необходимо, можете добавить дополнительные страницы)

Тип разработки индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP):  Первоначальный  Годовой  Периодический  
 Повторное предоставление формы EI-16

Рекомендуемая отметка Услуги	Услуги программы раннего вмешательства (EI).	Частота (т.е.: 8 x 45 мин / 180 дней)	Подпись представителя программы по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) Дата	Окончание программы по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) Дата	Только при использовании в штате	
					Категория SVC	Единицы
<input type="checkbox"/>	Оценка / Обследование				43 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/>	
	Группа специалистов / Встречи по разработке индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP)				EICAT1	
<input type="checkbox"/>	Речь / Эрготерапия / Кормовая терапия				Логопедия	
<input type="checkbox"/>	Речь				Терапия	
<input type="checkbox"/>	Эрготерапия					
<input type="checkbox"/>	Физиотерапия					
Прилагаются ли расценки?	Вспомогательные технологии					
<input type="checkbox"/>	Услуги программы раннего вмешательства (EI), не включенные в перечень:					

Только примечания в штате



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

