

個人化家庭服務計劃 (IFSP)

根據 IDEA 的 C 部分，IFSP 需要提高家庭的能力，滿足三歲以下發展遲緩或殘障的兒童的需求。

IFSP 的類型與日期：
 初始 IFSP _____ 年度 IFSP _____
 臨時 IFSP _____ IFSP 審查 _____

I. 孩子與家庭資訊

孩子姓名：	
出生日期：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
家長/監護人姓名：	代孕家長： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
地址	
城市/州/郵遞區號：	
電話號碼 () - <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機	() - <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機
電話號碼 () - <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機	() - <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機
電話號碼 () - <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機	() - <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機
電子郵件地址	
種族：	
家庭的主要語言：	是否需要口譯員？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
居住地學區：	
服務區：	
備用連絡人：	
與孩子的關係：	
地址	
城市/州/郵遞區號：	
電話號碼 () - () - () -	<input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機
電子郵件地址：	
您家的居住者有哪些？	
描述以前的發展評價/評估、所接受的早期干預及/或治療服務 (倘有)：	

家庭資源協調員的資訊

家庭資源協調員的 姓名：	
機構	
機構地址：	
城市/州/郵遞區號	
電話號碼：() -	工作 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/>
電子郵件地址：	

推薦與醫療/健康資訊

推薦日期：		
推薦理由：		
推薦來源：		
地址：		
城市/州/郵遞區號		
電話號碼：() -	傳真：() -	電子郵件地址：

初級保健信息

初級保健提供者名稱：		
地址：		
城市/州/郵遞區號		
電話號碼：() -	傳真：() -	電子郵件地址：

孩子的健康資訊

基於相關記錄審查的孩子健康狀況摘要 (這包括孩子的出生病史、醫療狀況或診斷 (如過敏)、疾病、住院治療、藥物治療、視力及聽力篩查、其他發展評價) :

團隊還應該了解孩子的哪些健康狀況，以便我們更好規劃並為您的孩子及家人提供服務？

II. 孩子/家庭慣例與活動

了解孩子與家庭的慣例及活動，有助團隊找出可以支援孩子學習及發展的眾多學習機會。

<p>您孩子的一天在哪裡度過？與誰相處？您如何描述您孩子與您的關係，以及您孩子與在不同場景下相處時間最長的人的關係？</p>
<p>您的孩子最喜歡什麼（包括玩具、人物、地點、活動等）？</p>
<p>您的家人喜歡在一起做什麼，為何？與誰相處？這在什麼時候發生？</p>
<p>哪些活動與關係進展順利？</p>
<p>如有，您會發現哪些慣例與活動讓您或您的孩子感到困難或受挫？</p>
<p>您的家庭目前因孩子的需求而沒有進行哪些活動與慣例，但有興趣現在進行或在不久的將來進行？</p>

家庭關注事項、資源、要務

家庭的關注事項與要務促成了 IFSP 成果的開發。家庭資源與支援對於幫助並加強所需的改變以及兒童的行為能力與學習至為重要。家庭僅應分享那些適合分享的資訊。

本人選擇不分享我的關注事項、要務以及資源情況，及/或將這些資訊納入 IFSP。本人理解，只要我的孩子符合資格，即使我選擇不填寫本部分，他/她仍然可以獲得 IFSP 團隊認定的適當服務。

_____ (家長姓名首字母)

家庭關注事項摘要： (基於日常慣例與活動中的挑戰)

家庭的要務： (基於上述關注事項)

優勢、資源 - 家庭必須滿足孩子的需求： (包括對您有幫助的家人、朋友、社區團體、財務支援等)

除了已提供的資訊之外，您是否還有其他尚未分享，或者其他人已與您分享的關於您的孩子的關注事項？為了幫助我們與您一起規劃支援及服務以解決對您的孩子與家庭最重要的事項，您還有什麼要告訴我們的嗎？

III. 孩子目前的發展水平

透過評價與評估（包括觀察、家長報告、測試）了解孩子的技能，協助團隊（包括家長）規劃可提高孩子學習能力的支援與服務。

發展領域	技能/狀況描述 (列出孩子在每個發展領域的 技能/描述狀態；包括每個領域 感官需求的資訊)	發展水平 (遲緩百分比、標準偏差、 年齡等值)	資訊來源 (工具、家長 報告、觀察)	評價者姓名與評價/評估 日期
適應性 餵食、吃飯、穿衣、睡覺 (例如，拿取瓶子；伸手去抓玩具、 幫助穿衣)				
認知 思考與學習 (例如，尋找掉落的玩具；拉繩子上的玩 具；做簡單的拼圖遊戲)				
表達性交流 發出聲音、打手勢、說話 (例如，元音發聲；指向物體以表達需 求；使用 2 個或以上的字詞)				
接受性交流 理解字詞與手勢 (例如，聽到叫名字時會去看；在說出 名稱時，會指向身體部位及常見物體；遵 循簡單的 1 及 2 步 指引；理解簡單的字詞)				
身體：精細運動 用手及手指 (例如，伸手抓並玩玩具；拿起葡萄乾； 串起珠子)				
身體：粗大運動 移動並使用大肌肉群 (例如，翻身；獨坐；抓住物體走路)				
社交/情感 與他人互動 (例如，微笑並表現出喜悅；進行有效的 眼神接觸；向熟悉的護理人員尋求幫 助；輪流參與；分享玩具)				
視力 (例如，倘年齡在 12 個月或以下，需通 過 InfantSee 檢查；目視追蹤物體、專注 於熟悉的人的面部，或表現出其他與年 齡相稱的適當視覺行為。				
聽力 (例如，倘年齡在 12 個月或以下，需通 過新生兒聽力篩查；表現出與年齡相稱的 言語/語言以及聽覺發展				

功能性行為能力摘要

本部分概述了孩子如何在多種場景及情形下運用不同領域的技能，還提供了若干資訊，這些資訊有助團隊（包括家長）制定功能性 IFSP 成果與策略，以實現這些成果，從而可持續監控進展情況。這些資訊還有助完成兒童成果摘要資訊。

積極的社交/情感技能（包括社會關係）： （與成年人交往；與其他孩子交往；遵循與團體或與他人互動的相關規則）
孩子的功能性行為能力摘要：
成果描述語句（選擇一項）：

獲取並使用知識與技能（包括早期語言/交流）： （思考、推理、記憶以及解決問題；理解符號、理解物理世界與社會世界）
孩子的功能性行為能力摘要：
成果描述語句（選擇一項）：

透過適當行為滿足他們的需求： （滿足基本需求，如表現出飢餓、穿衣、餵食、如廁等；促進自己的健康與安全，如遵守規則、協助洗手、避開不可食用的物體（倘年齡超過24個月）；從一個地方到另一個地方（流動性）以及使用工具（如叉子、附於物體上的繩索等。））
孩子的功能性行為能力摘要：
成果描述語句（選擇一項）：

團隊選擇孩子成果描述語句的日期：_/_/_

IV. 兒童與家庭的功能性IFSP 成果：

功能性成果必須反映出家庭希望看到的他們自己及孩子發生的改變，並基於家庭要務與孩子的發展需求。

成果編號： _____	開始日期： _____ 預定日期： _____
您的家庭希望看到您的孩子/家人會發生什麼？ (成果必須是功能性的、可衡量的，並在日常慣例與活動的情況下。)	
目前哪些現狀與此成果有關？為支援實現該成果，您的家庭目前正在做什麼？ (描述您的孩子及/或家庭的與所需改變/成果有關的行為能力。)	
您的家庭與團隊將如何努力實現該成果？誰會提供幫助，他們會做什麼？ (描述將用於支援您的孩子與家庭在日常活動及慣例中實現成果的方法與策略。列出由誰完成及完成內容，包括早期干預服務與非正式支援，包括家人、朋友、鄰里、教會或其他社區組織、特殊保健計劃、家長教育計劃。)	
我們如何知道我們已取得進展，或者是否需要更改成果或服務？ (將使用何種標準[例如，表現取得進展的可觀察行動或行為]、程序[例如，觀察、報告、圖表]以及實際時間表？)	
我們如何做到？ (審查進展報告/成功標準) 日期： _____ 已實現：我們做到了！ 日期： _____ 繼續：我們尚未完成。繼續加油吧。 情況有所改變： 日期： _____ 中止：它不再適用。 日期： _____ 修改：我們做些其他嘗試吧。 日期： _____ 說明/註解：	

受家庭資源協調員支援且關乎取得社區資源與支援的功能性 IFSP 成果

家庭資源協調提供予參加早期干預服務的所有家庭。家庭資源協調員將根據您當前的要務，幫助您確定及取得您或您的孩子可能需要的社區資源與支援。本頁概述了您與您的團隊為您取得這些資源將採取的步驟及進行的活動。

成果編號 _____ 我們想要實現哪些成果？ (期望成果)	開始日期： _____ 預定日期： _____
由誰完成及完成內容 (策略/活動) 審查日期： _____ 進展代碼 (請圈出一項)： 已實現 繼續 中止 修改 註解：	
成果編號 _____ 我們想要實現哪些成果？ (期望成果)	開始日期： _____ 預定日期： _____
由誰完成及完成內容 (策略/活動) 審查日期： _____ 進展代碼 (請圈出一項)： 已實現 繼續 中止 修改 註解：	
成果編號 _____ 我們想要實現哪些成果？ (期望成果)	開始日期： _____ 預定日期： _____
由誰完成及完成內容 (策略/活動) 審查日期： _____ 進展代碼 (請圈出一項)： 已實現 繼續 中止 修改 註解：	

V. 過渡計劃

過渡計劃概述了支援兒童與家庭在三歲時結束早期干預服務並過渡至其他社區或學校服務的步驟及活動。

孩子過渡的要務與目標：

特殊幼稚教育連絡資訊		
特殊幼稚教育		
連絡人姓名：		
電話號碼：() -	辦公 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/>	電子郵件地址：

過渡計劃要求與活動	行動步驟	負責人的角色	啟動日期	完成日期
從初始 IFSP 會議至孩子三週歲生日前 90 天期間的任何時間：				
1. 與家長討論從早期干預「過渡」的含義，包括早期干預服務的資格與年齡指引，以及為這一過渡計劃可採取哪些措施。				
2. 與家長討論可能的計劃方案（包括學前特殊教育服務；啟蒙計劃；兒童看護以及其他社區服務），這些計劃在孩子不再符合資格時提供。				
3. 協助家長了解自己的權利並培養宣傳技能。				
孩子三週歲生日前至少 90 天且不超過 9 個月：				
4. 提供 LEA 與 SEA 通知，告知孩子可能有資格獲得 B 部分服務（包括孩子的姓名、地址、電話號碼以及出生日期）。				
5. 經家長同意，轉移記錄資訊（包括評價、評估以及 IFSP）。				

過渡計劃要求與活動	行動步驟	負責人的角色	啟動日期	完成日期
<p>在孩子三週歲生日前至少 90 天且不超過 9 個月的 IFSP 會議 (可能是過渡會議) 上，制定孩子的過渡計劃，包括以下及任何針對功能性兒童與家庭成果或早期干預以及其他服務的修改，以確保平穩過渡：</p>				
6. 為家長提供機會，在適當情況下與當地教育機構或其他社區計劃代表會面並獲得訊息。				
7. 建立程序，讓孩子為服務提供的改變做準備，包括幫助孩子適應新場景的步驟 (如 檢視新的計劃。 在孩子的第一天前與計劃工作人員會面，幫助家人獲得所需的材料與用品 (如背包) 。				
8. 倘孩子正在過渡至 B 部分，則從孩子的三週歲生日至學年的剩餘時間，與家長一起審查孩子的計劃方案。				
9. 經家長同意後，安排過渡會議 (時間為孩子三週歲生日前至少 90 天且不超過 9 個月)，並在適當情況下邀請參與者，包括家長、早期干預人員、當地教育機構、啟蒙計劃以及其他社區提供者。				
10. 在過渡會議上：				
a. 決定在孩子進入新的服務場景之前還需要完成哪些活動 (包括註冊登記；免疫接種；交通問題；醫療需求等)。				
b. 審查當前的評價與評估資訊。決定在過渡之前是否需要進一步評估，以認定對B部分或其他計劃的資格。				
c. 倘孩子可能有資格獲得學前特殊教育，可酌情幫助安排初始評估。				
d. 決定是否需要過渡後續期的跟進 (包括服務協調、諮詢新員工)。				

過渡計劃要求與活動	行動步驟	負責人的角色	啟動日期	完成日期
11. 其他過渡計劃活動：				

其他服務

以下為您的孩子與家人目前正在使用的額外服務，但根據 C 部分無權獲得。此類額外服務可能包括醫療服務，如嬰兒健康檢查、出於醫學目的的專家跟進等。

您或您的孩子目前是否獲得以下任何服務？					
勾選所有適用項	金融及其他基本	勾選所有適用項	健康與醫療	勾選所有適用項	一般服務
	Medicaid/Annie健康計劃 - 孩子		WIC 營養計劃		早期啟蒙計劃或啟蒙計劃
	Medicaid/基本健康計劃 - 家長		第一步		移民啟蒙計劃 - 美國人印第安人/阿拉斯加原住民啟蒙計劃
	健康保險•兒童		免疫接種 (嬰兒注射疫苗)		兒童看護
	健康保險•家長		計劃生育診所		家訪
	Medicaid 保費支付計劃		兒童健康看護		Division of Developmental Disabilities (發育殘障局, DOD, 非 EIS服務)
	食品券		特殊保健需求兒童計劃		學前
	經濟支援		初級護理 - 家長		其他一般服務：
	SSI		醫學專家 (即心髒病學、神經病學專家等)		家長對家長 (P2P) 推薦
	兒童看護補貼		EPSOT/Medicaid 健康檢查		Washington State FathersNetwork (WSN) 推薦
	TANF		牙科保健		
	其他金融服務：		印度保健服務		
			其他保健服務：		
註解 (適當情況下包括上述服務的名稱、連絡資訊以及資金來源)：					

您的孩子與家庭需要並且 希望獲得其他哪些服務？		
其他服務	提供者	幫助家庭獲取這些待用服務或資金來源所採取的措施

--	--	--

VIII.個人化家庭服務計劃 (IFSP) 協議

事先書面通知以及家長同意提供早期干預服務

事先書面通知：

必須在計劃提議或拒絕啟動或改變孩子的身份識別、評估或安置或者向孩子及其家庭提供適當早期干預服務之前的合理時間內，向合格孩子的家長提供事先書面通知。

提議之行動：

根據服務摘要，啟動已獲同意的 IFSP 上列出的服務。

採取行動的理由：

在討論包括家庭觀察及其關注事項、要務與資源在內的所有評估資訊後，IFSP 團隊（包括家庭）商定早期干預服務及其他支援以達成預期成果。

拒絕之行動（如有）：

拒絕理由（倘行動被拒絕）：

IFSP 簽名頁

同意：

本人參與制定該 IFSP，並對華盛頓嬰幼兒早期支援 (ESIT) 計劃及服務提供者開展該 IFSP 中列出之活動給予知情同意。同意是指，本人已透過本人的母語或其他交流方式完全知悉需要尋求同意之活動的所有資訊；本人理解且書面同意開展對其尋求同意的活動；該同意描述了將要發佈的活動與記錄清單 (如有) 以及將要發佈至的人員；以及同意為自願給予，可隨時以書面形式撤銷。此類撤銷不具追溯效力 (不適用於撤銷同意前出現的任何行動。)

本人理解，本人可接受或拒絕任何早期干預服務 (根據家庭資源協調條例規定的所需程序功能除外)，並可在首次接受服務後拒絕此類服務，但不會危害本人的孩子或家庭透過華盛頓嬰幼兒早期支援計劃獲得的任何其他早期干預服務。(附註：倘適用，請填寫〈拒絕一項或多項早期干預服務或拒絕參與 ESIT 計劃〉表格。)

本人理解，本人的 IFSP 將在負責實施本 IFSP 的早期干預提供者與計劃管理員之間共享。

本人已收到本 IFSP 隨附的華盛頓嬰幼兒早期支援計劃、殘障人士教育法 (IDEA) C 部分程序保障 [家長權利] 的副本。倘本人後來決定不同意任何決定，這些資訊包括本人可能使用的投訴程序與時間表。已有人向本人解釋過這些權利，本人理解它們的確切含義。

本人已收到本 IFSP 隨附的華盛頓嬰幼兒早期支援計劃、支付系統與費用政策。倘本人日後決定不同意與繳納公共或私人保險費用、收取費用及/或確定有無支付能力相關的任何決定，該政策會確定本人可能使用的程序保障與爭議解決方案。已有人向本人解釋過這些權利，本人理解它們的確切含義。

以下人員的簽名 (勾選一項) : <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 法定監護人 <input type="checkbox"/> 代孕家長	日期
---	----

參加 IFSP 會議的 IFSP 參與者：			
正楷姓名與證書	角色/組織	簽名	日期
以下個人未出席會議，但透過電話會議或書面形式 (指定是哪一項) 參加了會議：			
正楷姓名與證書	角色/組織	簽名	電話會議/書面形式

IX.個人化家庭服務計劃 (IFSP) 審查

IFSP 是一個不定、靈活的文件，可以隨著您或您的孩子及家庭的需求變化而更新。IFSP 的審查必須每六個月進行一次，並且只要需要對 IFSP 進行變更，就可以進行額外的審查。此頁面將概述每次審查時對您孩子的 IFSP 進行的變更。

審查日期： _____

審查結果摘要 (例如在成果或新成果方面取得進展；家庭關注事項、來源以及要務的改變；服務提供的改變；計劃直至下一次審查等)。 *在本次審查中提到的服務和成果的任何改變，也必須在當前 IFSP 的相應部分進行更新。*

個人化家庭服務計劃 (IFSP) 審查協議

事先書面通知以及家長同意提供早期干預服務

事先書面通知：

必須在計劃提議或拒絕啟動或改變孩子的身份識別、評估或安置或者向孩子及其家庭提供適當早期干預服務之前的合理時間內，向合格孩子的家長提供事先書面通知。

提議之行動：

根據服務摘要，啟動已獲同意的 IFSP 上列出的服務。

採取行動之理由：

在討論包括家庭觀察及其關注事項、要務與資源在內的所有評估資訊後，IFSP 團隊（包括家庭）商定早期干預服務及其他支援以達成預期成果。

拒絕之行動（如有）：

拒絕理由（倘行動被拒絕）：

IFSP 簽名頁

同意：

本人參與了制定該 IFSP，並對華盛頓嬰幼兒早期支援 (ESIT) 計劃及服務提供者開展該 IFSP 中列出之活動給予了知情同意。同意意味著，本人已用我的母語或其他交流方式完全知悉了需要尋求同意的活動的所有資訊；本人理解並且書面同意開展對其尋求同意的活動；該同意描述了將要發佈的活動與記錄清單 (如有) 以及將要發佈至的人員；以及同意是自願給予的，可隨時以書面形式撤銷。此類撤銷不具追溯效力 (不適用於撤銷同意前出現的任何行動。)

本人理解，我可以接受或拒絕任何早期干預服務 (根據家庭資源協調條例規定的所需程序功能除外)，並可在首次接受服務後拒絕此類服務，但不會危害我的孩子或家庭透過華盛頓嬰幼兒早期支援計劃獲得的任何其他早期干預服務。(附註：倘適用，請填寫〈拒絕一項或多項早期干預服務或拒絕參與 ESIT 計劃〉表格。)

本人理解，我的 IFSP 將在負責實施本 IFSP 的早期干預提供者與計劃管理員之間共享。

本人已收到本 IFSP 隨附的華盛頓嬰幼兒早期支援計劃、殘障人士教育法 (IDEA) C 部分程序保障[家長權利]的副本。倘本人後來決定不同意任何決定，這些資訊包括本人可能使用的投訴程序與時間表。已有人向本人解釋過這些權利，本人理解它們的確切含義。

本人已收到本 IFSP 隨附的華盛頓嬰幼兒早期支援計劃、支付系統與費用政策。倘本人稍後決定不同意與繳納公共或私人保險費用、收取費用及/或確定有無支付能力相關的任何決定，該政策將確定我可能使用的程序保障與爭議解決方案。已有人向本人解釋過這些權利，本人理解它們的確切含義。

以下人員的簽名 (勾選一項) : <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 法定監護人 <input type="checkbox"/> 代孕家長	日期
---	----

參加 IFSP 會議的 IFSP 參與者：			
正楷姓名與證書	角色/組織	簽名	日期
以下個人未出席會議，但透過電話會議或書面形式 (指定是哪一項) 參加了會議：			
正楷姓名與證書	角色/組織	簽名	電話會議/書面形式