

개별 가정 서비스 계획 (IFSP)

IDEA의 Part C에 따라 IFSP는 발달 지연이나 장애가 있는 신생아부터 3세까지 아동의 요구를 충족하기 위한 가정의 역량을 강화하기 위해 필요합니다.

IFSP의 유형 및 날짜: 최초 IFSP _____ 연례 IFSP _____
 중간 IFSP _____ IFSP 검토 _____

I. 아동 및 가정 정보

아동 이름:	
생년월일:	성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
부모/보호자 이름:	대리 부모: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
주소	
시/주/우편번호:	
() - 직장 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/>	() - 직장 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/>
전화번호 () - 직장 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/>	() - 직장 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/>
() - 직장 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/>	() - 직장 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/>
이메일 주소	
인종:	
가족의 주 언어:	통역자가 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
거주 교육구:	
서비스 지역:	
보조 연락처:	
아동과의 관계:	
주소	
시/주/우편번호:	
전화번호 () -	직장 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/>
() -	직장 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/>
() -	직장 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/>
이메일 주소:	
집에 어떤 사람이 거주합니까?	
이전에 받은 발달 평가/사정, 조기 개입 및/또는 치료 서비스 (받은 적이 있는 경우):	

가족 자원 조정관 정보

가족 자원 조정관	
이름:	
기관	
기관 주소:	
시/주/우편번호	
전화번호: () -	직장 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/>
이메일 주소:	

의뢰 및 의료/보건 정보

의뢰일:		
의뢰 사유:		
의뢰 출처:		
주소:		
시/주/우편번호		
전화번호: () -	팩스: () -	이메일 주소:

1 차 의료 정보

주 관리 제공자 이름:		
주소:		
시/주/우편번호		
전화번호: () -	팩스: () -	이메일 주소:

아동 건강 정보

관련 기록 검토를 토대로 한 아동의 건강 상태 요약 (여기에는 아동의 출생 기록, 의학적
질환 또는 진단 (즉 알레르기), 질병, 입원, 치료, 시력 및 청력 검사 등
발달 평가가 포함됩니다):

자녀와 가족을 위해 더 나은 계획을 마련하고 서비스를 제공하기 위해 자녀의 건강에 대해 팀이 알아야 할 것이 더
있습니까?

II. 아동/가족의 일상 및 활동

팀이 아동과 가족의 일상과 활동을 이해함으로써 아동의 학습 및 발달을 지원하는 여러 학습 기회를 파악하는데 도움이 됩니다.

아동은 낮 시간을 어디에서 보냅니까? 누가 참여합니까? 아동과 본인의 관계, 다른 환경에서 대부분의 시간을 함께 보내는 사람들과의 관계를 어떻게 설명하시겠습니까?

자녀가 가장 즐기는 것은 무엇입니까(장난감, 사람, 장소, 활동 등)?

가족이 함께 즐기는 것은 무엇이며 그 이유는 무엇입니까? 누가 참여합니까? 언제 이루어집니까?

어떤 활동과 관계가 잘 이루어집니까?

본인이나 자녀에게 어렵거나 불만스러운 일상과 활동이 있다면 무엇입니까?

아동의 어려움으로 귀하의 가족이 현재 하지 않지만 지금 또는 가까운 미래에 관심을 가진 활동과 일상생활은 무엇입니까?

가족 관심사, 자원, 우선순위

가족의 관심사와 우선순위가 IFSP 성과의 발달을 이끌어갑니다. 가족의 자원과 뒷받침은 바람직한 변화와 아동의 기능 및 학습 지원과 발전에 매우 중요합니다. 가족은 편안하게 공유할 수 있는 정보만 공유해야 합니다.

나의 관심사와 우선순위, 자원에 관한 정보를 공유하지 **않습니다**. 그리고/또는 이 정보를 IFSP에 포함하지 않습니다. 본인은 자녀에게 자격이 있으며 본 섹션을 작성하지 않기로 결정하더라도 IFSP 팀에서 판단한 적절한 서비스를 계속 받을 수 있음을 인정합니다.

_____ (부모 이니셜)

가족 관심사 요약: (일상 생활 및 활동의 문제를 바탕으로)

가족의 우선순위: (위에서 확인한 관심사를 바탕으로)

강점, 아동의 요구에 맞게 충족해야 하는 자원 (도움이 되는 가족, 친구, 지역사회 그룹, 재정 지원 등)

이미 제공하신 정보에 추가하여 아직 알려주시지 않았거나 다른 사람이 자녀에 대해 알려준 관심 사안이 더 있습니까?
귀하의 자녀와 가족에게 가장 중요한 문제를 다룰 수 있도록 자원과 서비스를 계획하는데 도움이 될만한 다른 내용이 있습니까?

III. 자녀의 현재 발달 수준

평가와 사정(관찰, 부모 보고, 시험)을 통해 확인한 자녀의 기술에 대한 이해는 팀(부모 포함)이 자녀의 학습을 증진하기 위한 지원과 서비스를 계획하는데 도움이 됩니다.

발달 영역	기술/상태 설명 (자녀의 각 발달 영역 기술을 나열하고 상태를 설명합니다, 각 영역의 감각적 요구에 관한 정보를 포함합니다)	발달 수준 (자연 표준편차 연령 %, 연령에 상응)	정보 서비스 (문서, 부모 보고, 관찰)	평가자 이름 및 평가/사정 날짜
적응 수유, 식사, 옷입기, 수면 (예: 병 잡기, 장난감 잡기 스스로 옷을 입도록 돕기)				
인지 사고 및 학습(예: 떨어진 장난감 보기, 줄에 달린 장난감 당기기, 간단한 퍼즐)				
의사소통 표현 소리내기, 제스처, 말하기 (예: 모음 발음하기, 물체를 가리켜 욕구 표현하기, 2 개 이상의 단어 이용)				
의사소통 수용 단어와 제스처 이해하기 (예: 이름을 들었을 때 쳐다보기, 명칭을 들었을 때 신체부위와 물체 바라보기, 간단한 한 두 단계 지시 따르기, 간단한 단어 이해하기)				
신체: 소근육 운동 손과 손가락 사용하기 (예: 장난감을 잡고 가지고 놀기, 건포도 잡기, 구슬 꿰기)				
신체: 대근육 운동 큰 근육 움직이기 및 이용하기 (예: 배에서 등으로 구르기, 혼자 앉기, 잡고 걷기)				
사회/정서 다른 사람과 교류하기 (예: 미소짓기와 기쁨 표시하기, 눈 맞추기, 친숙한 보호자에게 도움 청하기, 차례 지키기, 장난감 함께 가지고 놀기)				
시력 (예: 12 개월 이하인 경우 InfantSee 시험 통과, 눈으로 물체를 쫓음, 익숙한 얼굴에 관심을 보임, 기타 나이에 맞는 시각적 행동을 보임.)				
청력				

<p>(예: 12 개월 이하인 경우 신생아 청력 선별검사 통과, 나이에 맞는 말하기/언어 및 청력 발달을 보임</p>			
---	--	--	--

최초 Part C 서비스 참여 자격

각 아동의 평가와 사정, 아동의 최초 Part C 조기 개입 서비스 참여 자격은 충분한 정보를 토대로 결정된 임상 소견을 포함해야 합니다. 자격 결정은 팀 결정입니다.

<input type="checkbox"/> 귀하의 자녀는 다음과 같은 사유로 Part C 서비스 자격이 있습니다(아래에서 한 가지 이상 선택):
<input type="checkbox"/> 한 가지 이상의 영역에서 1.5 표준편차 또는 25% 발달 지연(해당하는 항목을 모두 선택): <input type="checkbox"/> 인지 <input type="checkbox"/> 신체소근육 운동 <input type="checkbox"/> 신체대근육 운동 <input type="checkbox"/> 적응 <input type="checkbox"/> 사회 또는 정서 <input type="checkbox"/> 의사소통 표현 <input type="checkbox"/> 의사소통 수용
<input type="checkbox"/> 발달 지연으로 나타날 가능성이 있는 진단 조건(식별):
<input type="checkbox"/> 충분한 정보를 토대로 한 임상 소견(이것이 자격을 결정하는데 이용된 유일한 방법인 경우 체크하십시오):
충분한 정보를 토대로 한 임상 소견 요약(충분한 정보를 토대로 한 임상 소견을 평가와 사정 전과정에 이용함을 전제로 합니다, 이 섹션은 자격 결정에 이용된 기준에 관계 없이 작성해야 합니다):

기능 수행능력 요약

이 섹션은 아동이 여러 환경과 상황에서 다양한 영역의 기능을 어떻게 수행하는지 요약합니다. 이 섹션은 팀(부모 포함)이 발달 기능 IFSP 성과 및 전략을 개발하여 이러한 성과를 달성하고 오랜 기간 진행과정을 모니터링하도록 도움을 제공합니다. 이 정보는 또한 아동의 성과 요약 정보 작성에 도움을 제공합니다.

긍정적인 사회/정서 기술(사회적 관계 포함): <i>(성인과의 관계, 다른 아동과의 관계, 그룹 관련 규칙 준수, 타인과 교류)</i>
아동 기능 요약:
성과 기술자 진술(하나를 선택하십시오):

지식과 기술의 습득 및 이용(조기 언어/소통 포함): <i>(사고, 추론, 기억, 문제 해결, 상징 이해, 물리적 세계와 사회적 세계 이해)</i>
아동 기능 요약:
성과 기술자 진술(하나를 선택하십시오):

요구를 충족하기 위한 적절한 행동 이용: <i>(기본적인 요구 처리, 예: 배고픔 표시, 옷입기, 음식 섭취, 화장실 사용 등, 자신의 건강과 안전에 기여, 예: 규칙 따르기, 손씻기 보조, 먹을 수 없는 물건 피하기(24 개월 이상인 경우), 장소 이동(이동성), 도구 사용하기(예: 포크, 줄이 달린 물건 등).</i>
아동 기능 요약:
성과 기술자 진술(하나를 선택하십시오):

팀이 아동 성과 기술자 설명을 선택한 날짜: __/__/__

평가 팀

다음 개인이 평가와 사정에 참여했습니다.		
정자체 이름 및 자격	역할/조직	평가 활동
		<input type="checkbox"/> 아동의 현재 발달 수준 <input type="checkbox"/> Part C 서비스 자격 <input type="checkbox"/> 기능 수행능력 요약에 대한 기여 정보 <input type="checkbox"/> 성과 기술자 진술 선택에 참여함
		<input type="checkbox"/> 아동의 현재 발달 수준 <input type="checkbox"/> Part C 서비스 자격 <input type="checkbox"/> 기능 수행능력 요약에 대한 기여 정보 <input type="checkbox"/> 성과 기술자 진술 선택에 참여함
		<input type="checkbox"/> 아동의 현재 발달 수준 <input type="checkbox"/> Part C 서비스 자격 <input type="checkbox"/> 기능 수행능력 요약에 대한 기여 정보 <input type="checkbox"/> 성과 기술자 진술 선택에 참여함
		<input type="checkbox"/> 아동의 현재 발달 수준 <input type="checkbox"/> Part C 서비스 자격 <input type="checkbox"/> 기능 수행능력 요약에 대한 기여 정보 <input type="checkbox"/> 성과 기술자 진술 선택에 참여함
		<input type="checkbox"/> 아동의 현재 발달 수준 <input type="checkbox"/> Part C 서비스 자격 <input type="checkbox"/> 기능 수행능력 요약에 대한 기여 정보 <input type="checkbox"/> 성과 기술자 진술 선택에 참여함

가족 역할 아동 성과 요약 절차 (하나만 선택하십시오):

가족이 논의 및 기술자 진술 선택에 참여했습니다

가족이 논의에는 참여하였으나 기술자 진술 선택에는 참여하지 않았습니다

가족이 정보를 제공하였으나 논의에 참여하지 않았습니다

아동 기능에 대한 가족 정보(해당하는 항목에 모두 체크하십시오):

<input type="checkbox"/> 팀 회의에서 별도로 수령	<input type="checkbox"/> 수령함	<input type="checkbox"/> 평가에 통합됨
<input type="checkbox"/> 포함되지 않음 (설명해주세요):		

아동 성과 요약을 알리는 평가 문서:

기타 정보 출처 (예: 의료 전문가 관찰, 아동 관리 제공자가 제공한 정보):

IV. 아동과 가족의 기능 IFSP 성과

기능 성과는 가족과 아동에게 나타나기를 원하는 최근 성과여야 하며 가족의 우선순위와 아동의 발달 요구를 토대로 해야 합니다.

성과 # _____	시작일: _____ 목표일: _____
<p>귀하의 가족은 아동/가족에 어떤 일이 나타나기를 바라십니까? (성과는 기능적이고 측정 가능해야 하며 일상 생활과 활동의 맥락에 맞는 것이어야 합니다.)</p>	
<p>이 성과와 관련하여 현재 어떤 일이 나타나고 있습니까? 이 성과를 달성하기 위해 귀하의 가족은 현재 어떤 지원을 하고 있습니까? (원하는 변화/성과에 관련된 아동 및/또는 가족의 기능에 대해 설명하십시오.)</p>	
<p>귀하의 가족과 팀이 이 성과 달성을 위해 노력하는 방법은 무엇입니까? 누가 도움을 제공할 것이며 어떤 도움을 제공합니까? (아동과 가족이 일상 생활과 활동에서 성과를 달성하기 위해 이용할 방법과 전략을 설명하십시오 . 가족 구성원, 친구, 이웃, 교회 또는 지역사회 조직, 특수 건강 관리 프로그램, 부모 교육 프로그램 등 조기 개입 서비스와 비공식적 지원 등을 수행할 사람들을 열거하십시오 .)</p>	
<p>우리가 발전을 이루었는지 또는 성과나 서비스에 개정이 필요한지 어떻게 알 수 있습니까? (기준 [즉 발전이 이루어졌음을 나타내는 관찰 가능한 행동이나 태도], 절차 [즉 관찰, 보고, 차트], 현실적인 일정은 무엇입니까?)</p>	
<p>우리는 어떻게 진행해왔습니까? (발전 과정 설명/성공 기준 검토)</p> <p>날짜: _____ 달성: 해냈습니다!</p> <p>날짜: _____ 계속: 이제 어느 정도 왔습니다. 계속 노력합니다.</p>	
<p>상황이 변경되었습니다.</p> <p>날짜: _____ 중지: 더 이상 적용되지 않습니다.</p> <p>날짜: _____ 개정: 뭔가 다른 것을 시도해봅시다.</p> <p>날짜: _____ 설명/의견:</p>	

지역사회 자원 및 지원 평가와 관련하여 가족 자원 조정관이 지원하는 기능 IFSP 성과

가족 자원 조정은 조기 개입 서비스에 참여한 모든 가족에게 제공됩니다. 가족 자원 조정관은 귀하의 현재 우선순위를 토대로 귀하나 귀하의 자녀에게 필요할 수 있는 지역사회 자원과 지원을 파악하도록 도움을 제공합니다. 이 페이지는 귀하와 귀하의 팀이 이 자원을 연결하는데 필요한 단계와 활동을 설명합니다.

성과# ____ 우리는 무엇을 달성하고자 합니까? (원하는 성과)	시작 날짜: _____ 목표 날짜: _____
누가 어떤 일을 합니까? (전략/활동)	
검토일: _____ 진행 코드(하나에 동그라미로 표시하십시오): 달성 계속 중지 개정 의견:	
성과# ____ 우리는 무엇을 달성하고자 합니까? (원하는 성과)	시작 날짜: _____ 목표 날짜: _____
누가 어떤 일을 합니까? (전략/활동)	
검토일: _____ 진행 코드(하나에 동그라미로 표시하십시오): 달성 계속 중지 개정 의견:	
성과# ____ 우리는 무엇을 달성하고자 합니까? (원하는 성과)	시작 날짜: _____ 목표 날짜: _____
누가 어떤 일을 합니까? (전략/활동)	
검토일: _____ 진행 코드(하나에 동그라미로 표시하십시오): 달성 계속 중지 개정 의견:	

V. 이전 계획

이행 계획은 3세에 조기 개입을 종료하고 다른 지역사회 또는 학교 서비스로 이전하는 아동과 가족을 지원하는 단계와 활동을 설명합니다.

아동 이전을 위한 우선순위 및 목표:

조기 아동 특수 교육 담당자 정보		
조기 아동 특수 교육 담당자 이름:		
전화번호: () -	직장 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/>	이메일 주소:

이전 계획 요건 및 활동	조치 단계	담당자 역할	시작 날짜	완료 날짜
최초 IFSP 회의일부터 아동의 세 번째 생일 전까지 최대 90일:				
1. 부모와 함께 조기 개입 서비스를 위한 자격과 연령 지침 등 조기 개입으로부터의 "이전"이 어떤 의미를 갖는지, 이전을 계획하기 위해 무엇을 할 수 있는지 논의합니다.				
2. 부모와 함께 아동의 자격이 상실되었을 때 이용 가능한 프로그램 선택을 논의합니다 (취학전 특수 교육 서비스, 헤드스타트, 아동 관리 및 기타 지역사회 서비스 등).				
3. 부모가 자신의 권리를 이해하고 옹호 기술을 발전시키도록 지원합니다.				
아동의 세 번째 생일로부터 90일 이전 및 9개월 이내:				
4. 아동이 잠재적으로 Part B 서비스 자격이 있음을 나타내는 LEA 및 SEA 알림을 제공합니다(아동 이름, 주소, 전화번호, 생년월일 포함)				
5. 부모의 동의 하에 기록 정보를 이전합니다(평가 및 IFSP).				

이전 계획 요건 및 활동	조치 단계	담당자 역할	시작 날짜	완료 날짜
<p>아동의 세 번째 생일로부터 90일 이전 및 9개월 이내에 실시하는 IFSP 회의(이전 회의가 될 수 있음)에서 아동의 기능 및 가족 성과에 대한 다음 개정과 기타 개정, 기타 원활한 이전을 위한 서비스를 포함한 아동의 이전 계획을 개발합니다.</p>				
<p>6. 부모가 적절한 지역 교육기관이나 기타 지역사회 프로그램 대표자들을 만나 정보를 받을 수 있는 기회를 제공합니다.</p>				
<p>7. 아동의 새로운 환경 적응 및 기능을 지원하는 단계를 포함하여 아동의 서비스 제공 변경 준비 절차를 정합니다(즉새로운 프로그램 방문아동의 첫 등교일 전에 프로그램 담당자와 만남, 가족이 필요한 자료와 물품을 준비하도록 도움 (책가방 등)</p>				
<p>8. 아동이 Part B로 이전할 경우, 부모와 함께 아동의 세 번째 생일에 선택 가능한 프로그램을 검토합니다.</p>				
<p>9. 부모의 동의 하에 이전 회의 일정을 정합니다 (아동의 세 번째 생일로부터 90일 이전 및 9 개월 이내) 또한 부모, 조기 개입 담당자, 지역 교육 기관, 헤드스타트, 기타 지역사회 제공자를 포함한 참여자를 초청합니다.</p>				
<p>10. 이전 회의에서:</p>				
<p>a. 아동이 새로운 서비스 환경으로 이전하기 전에 다른 어떤 활동이 필요한지 결정합니다 (등록, 예방주사, 교통 문제, 의학적 요구사항 등).</p>				
<p>b. 현재 평가 및 사정 정보를 검토합니다. 이전을 하기 전에 Part B 또는 기타 프로그램</p>				

<p>자격을 결정하는데 필요한 추가 평가를 결정합니다.</p>				
<p>c. 경우에 따라 아동이 취학 전 특수 교육 자격 충족 가능성이 있는 경우 최초 평가 일정을 정하도록 돕습니다.</p>				
<p>d. 이전 후 후속 조치가 필요한지 결정합니다(서비스 조정, 새로운 직원과의 상담 등).</p>				

이전 계획 요건 및 활동	조치 단계	담당자 역할	시작 날짜	완료 날짜
11.다른 이전 계획 활동:				

기타 서비스

이 서비스들은 아동과 가족이 현재 이용하고 있으나 Part C 하에서는 자격이 없는 추가 서비스입니다. 이러한 추가 서비스에는 유아 건강 확인, 의료 전문가 후속 조치 등이 포함될 수 있습니다.

귀하 또는 귀하의 자녀는 현재 다음 서비스를 받고 있습니까?					
해당하는 경우 체크하십시오	금융 및 기타 기본 서비스	해당하는 경우 체크하십시오	건강 및 의료	해당하는 경우 체크하십시오	일반 서비스
	Medicaid/Annie Health - 아동		WIC 영양 프로그램		조기 헤드스타트 또는 헤드스타트
	Medicaid/기본 건강 - 부모		첫 단계		이주자 헤드스타트 - 미국 인디언/알래스카 원주민 헤드스타트
	건강 보험• 아동		예방접종(유아 주사)		아동 관리
	건강 보험• 부모		가족 계획 클리닉		가정 방문
	Medicaid 보험료 지급 프로그램		아동 복지 관리		Division of Developmental Disabilities(DOD 발달장애청, 비 EIS 서비스)
	푸드스탬프		특수 건강관리가 요구되는 아동 프로그램		취학 전
	재정 지원		1차 진료 - 부모		기타 일반 서비스:
	SSI		의료 전문가(즉, 심장, 신경 등		부모 대 부모(P2P) 의뢰
	아동 양육 보조금		EPSOT/Medicaid 건강검진		Washington State Fathers Network(WSFN) 의뢰
	TANF		치과 진료		
	기타 재정 서비스:		인디언 건강 서비스		
			기타 건강 서비스:		
의견 (위 서비스에 대한 이름, 연락처 정보, 자금 지원 출처 포함):					

아동과 가족에게 필요하고 이용하고자 하는 다른 서비스는 무엇이 있습니까?		
기타 서비스	제공자	가족의 서비스 접근이나 자금 출처 이용을 위한 조치 단계

VII. 자연 환경 타당성

아동은 아동과 가족이 일반적으로 참여하는 환경에서 발생하는 자연스러운 학습 기회를 통해 가장 잘 배웁니다. 자연스러운 환경이나 같은 연령대 아동에게 일반적인 환경(즉 자연스러운 환경)에서 조기 개입 지원과 서비스를 제공해야 합니다. 팀이 자연스러운 환경에서 성과를 달성할 수 없는 것으로 판단하였다면, 결정을 내린 이유와 서비스 이전 활동 및 가능한 조기에 자연스러운 환경으로 옮기기 위한 지원 등에 대한 타당성을 제시해야 합니다.

성과#	서비스/지원	설정 (서비스/지원이 제공되는 자연스럽지 않은 환경 설정)
자연스러운 환경에서 성과를 달성할 수 없는 이유에 대한 설명		
서비스 및/또는 지원을 자연스러운 환경으로 이전하는 계획:		

VIII. 개별 가정 서비스 계획(IFSP) 계약

조기 개입 서비스 조항에 대한 사전 서면 통지 및 부모 동의

사전 서면 통지:

프로그램 제안이나 거부 전 충분한 시간을 두고 프로그램 자격을 갖춘 아동의 부모에게 사전 서면 통지를 제공하여 아동의 확인, 평가, 배정을 시작 또는 변경하거나 아동과 가족에게 적절한 조기 개입 서비스를 제공하도록 해야 합니다.

제안 조치:

IFSP에 열거되어 있고 동의가 제공된 서비스를 서비스 요약에 따라 개시.

조치 사유:

가족 관찰과 가족 관심사, 우선순위, 자원을 포함한 모든 평가 정보를 논의한 후, 가족을 포함한 IFSP 팀은 원하는 성과를 달성하기 위한 조기 개입 서비스와 기타 지원을 제공할 것에 동의하였습니다. .

거부된 조치(해당하는 경우):

거부 사유(조치가 거부된 경우) :

IFSP 서명 페이지

동의:

□본인은 본 IFSP 개발에 참여하였으며 워싱턴주 영유아 조기 지원 프로그램과 서비스 제공자가 본 IFSP에 열거된 서비스를 수행할 것에 충분한 정보를 확인한 상태에서 동의합니다. 동의는 본인이 본인의 모국어나 기타 다른 소통수단을 통해 동의가 요구된 활동에 관한 모든 정보를 충분히 확인하였으며 동의를 구한 활동을 수행할 것에 서면으로 동의하였음을 의미합니다. 동의서는(해당사항이 있는 경우) 공개할 활동과 기록 목록, 공개 대상을 명시합니다. 본인의 동의는 자발적으로 이루어졌으며 언제든지 서면으로 철회할 수 있습니다. 그러한 철회는 소급 적용이 불가능합니다(동의 철회 전에 발생한 조치에는 적용되지 않습니다)

□본인은 조기 개입 서비스에 동의하거나 거부할 수 있음을 인정하며(가족 자원 조정 규정에 따른 필수 절차 기능 제외) 해당 서비스를 처음 승인한 후 본인의 자녀나 가족이 워싱턴주 영유아 조기 지원 프로그램을 통해 제공받는 다른 조기 개입 서비스에 문제를 일으키지 않고 거절할 수 있음을 인정합니다. (주: 한 가지 이상의 조기 개입 서비스를 거부하여 작성하거나 필요한 경우 ESIT 프로그램 참여를 거부해주시시오)

□본인은 본인의 IFSP를 본 IFSP의 이행을 담당하는 조기 개입 제공자들과 프로그램 관리자들이 공유함을 인정합니다.

□본인은 본 IFSP와 함께 워싱턴주 영유아 조기개입 프로그램, 장애인 교육법(IDEA) Part C 절차 안전조치 [부모 권리] 사본을 받았습니다. 본 정보는 차후에 어떤 결정에 동의하지 않을 경우 이용할 수 있는 불만제기 절차와 일정을 포함합니다. 이러한 권리에 대해 설명을 받고 이해하였습니다.

□본인은 본 IFSP와 함께 워싱턴주 영유아 조기개입 프로그램, 지급 체계 및 수수료 정책(System of Payments and Fees Policy) 사본을 받았습니다. 해당 정책은 차후에 공공 보험이나 민간 보험 청구 관련 결정, 수수료 부과 결정 및/또는 지급 능력이나 불능 결정에 동의하지 않을 경우 이용할 수 있는 절차적 안전조치와 분쟁 해결에 대한 선택권을 명시합니다. 이러한 권리에 대해 설명을 받고 이해하였습니다.

서명(한 항목을 선택하십시오): 부모 법적 보호자 대리 부모 날짜

IFSP 회의에 참석한 IFSP 참가자:			
정자체 이름 및 자격	역할/조직	서명	날짜
다음 개인은 회의에 참석하지 않았으나 전화 회의 또는 서면을 통해 회의에 참여했습니다 (명시해주세요):			
정자체 이름 및 자격	역할/조직	서명	전화 회의/서면

IX. 개별 가정 서비스 계획(IFSP) 검토

IFSP는 귀하의 자녀와 가족의 요구에 따라 갱신할 수 있는 유동적이고 유연한 문서입니다. IFSP 검토는 반드시 6 개월에 한 번씩 실시해야 하며 IFSP 변경이 필요할 때마다 추가 검토를 수행할 수 있습니다. 이 페이지는 각 검토 시 귀하 자녀의 IFSP 변경사항을 요약합니다.

검토일: _____

검토 결과 요약 (즉, 성과나 새로 개발된 성과에 나타난 진전, 가족 관심사와 자원, 우선순위의 변경, 서비스 제공의 변화, 다음 검토 시까지 계획 등). 본 검토에 명시된 서비스와 성과의 변경은 현행 IFSP의 해당 섹션에도 업데이트되어야 합니다.

개별 가정 서비스 계획(IFSP) 검토 계약

조기 개입 서비스 조항에 대한 사전 서면 통지 및 부모 동의

사전 서면 통지:

프로그램 제안이나 거부 전 충분한 시간을 두고 프로그램 자격을 갖춘 아동의 부모에게 사전 서면 통지를 제공하여 아동의 확인, 평가, 배정을 시작 또는 변경하거나 아동과 가족에게 적절한 조기 개입 서비스를 제공하도록 해야 합니다.

제안 조치:

IFSP에 열거되어 있고 동의가 제공된 서비스를 서비스 요약에 따라 개시.

조치 사유:

가족 관찰과 가족 관심사, 우선순위, 자원을 포함한 모든 평가 정보를 논의한 후, 가족을 포함한 IFSP 팀은 원하는 성과를 달성하기 위한 조기 개입 서비스와 기타 지원을 제공할 것에 동의하였습니다.

거부된 조치(해당하는 경우):

거부 사유(조치가 거부된 경우):

IFSP 서명 페이지

동의:

본인은 본 IFSP 개발에 참여하였으며 워싱턴주 영유아 조기 지원 프로그램과 서비스 제공자가 본 IFSP에 열거된 서비스를 수행할 것에 충분한 정보를 확인한 상태에서 동의합니다. 동의는 본인이 본인의 모국어나 기타 다른 소통수단을 통해 동의가 요구된 활동에 관한 모든 정보를 충분히 확인하였으며 동의를 구한 활동을 수행할 것에 서면으로 동의하였음을 의미합니다. 동의서는(해당사항이 있는 경우) 공개할 활동과 기록 목록, 공개 대상을 명시합니다. 본인의 동의는 자발적으로 이루어졌으며 언제든지 서면으로 철회할 수 있습니다. 그러한 철회는 소급 적용이 불가능합니다(동의 철회 전에 발생한 조치에는 적용되지 않습니다)

본인은 조기 개입 서비스에 동의하거나 거부할 수 있음을 인정하며(가족 자원 조정 규정에 따른 필수 절차 기능 제외) 해당 서비스를 처음 승인한 후 본인의 자녀나 가족이 워싱턴주 영유아 조기 지원 프로그램을 통해 제공받는 다른 조기 개입 서비스에 문제를 일으키지 않고 거절할 수 있음을 인정합니다. (주: 한 가지 이상의 조기 개입 서비스를 거부하여 작성하거나 필요한 경우 ESIT 프로그램 참여를 거부해주시시오)

본인은 본인의 IFSP를 본 IFSP의 이행을 담당하는 조기 개입 제공자들과 프로그램 관리자들이 공유함을 인정합니다.

본인은 본 IFSP와 함께 워싱턴주 영유아 조기개입 프로그램, 장애인 교육법(IDEA) Part C 절차 안전조치 [부모 권리] 사본을 받았습니다. 본 정보는 차후에 어떤 결정에 동의하지 않을 경우 이용할 수 있는 불만제기 절차와 일정을 포함합니다. 이러한 권리에 대해 설명을 받고 이해하였습니다.

본인은 본 IFSP와 함께 워싱턴주 영유아 조기개입 프로그램, 지급 체계 및 수수료 정책(System of Payments and Fees Policy) 사본을 받았습니다. 해당 정책은 차후에 공공 보험이나 민간 보험 청구 관련 결정, 수수료 부과 결정 및/또는 지급 능력이나 불능 결정에 동의하지 않을 경우 이용할 수 있는 절차적 안전조치와 분쟁 해결에 대한 선택권을 명시합니다. 이러한 권리에 대해 설명을 받고 이해하였습니다.

서명(한 항목을 선택하십시오): 부모 법적 보호자 대리 부모 날짜

IFSP 회의에 참석한 IFSP 참가자:			
정자체 이름 및 자격	역할/조직	서명	날짜
다음 개인은 회의에 참석하지 않았으나 전화 회의 또는 서면을 통해 회의에 참여했습니다 (명시해주시시오):			
정자체 이름 및 자격	역할/조직	서명	전화 회의/서면