



Індивідуальний план родинного обслуговування (IFSP) Individualized Family Service Plan (IFSP)

Згідно з частиною С IDEA, IFSP необхідний для підвищення спроможності сімей задовольняти потреби дітей від народження до трьох років із затримкою розвитку або вадами.

Тип і дата IFSP: Початковий IFSP _____ Річний IFSP _____

Тимчасовий IFSP _____ Перегляд IFSP _____

I. Інформація про дітей та родину

Ім'я та прізвище дитини:	
Дата народження:	Стать: <input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка
Імена та прізвища батьків/опікунів:	Особа, яка замінює батьків: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Адреса(и):	
Місто/Штат/Поштовий індекс:	
Номери телефонів:	
() - Робочий <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>	() - Робочий <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>
() - Робочий <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>	() - Робочий <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>
() - Робочий <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>	() - Робочий <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>
Адреси електронної пошти:	
Етнічне походження:	
Основна мова родини:	Чи потрібен перекладач? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Місцевий шкільний округ:	
Зона обслуговування:	
Альтернативний контакт:	
Відношення до дитини:	
Адреса:	
Місто/Штат/Поштовий індекс:	
Номери телефонів:	
() - Робочий <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>	Робочий <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>
() - Робочий <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>	Робочий <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>
() - Робочий <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>	Робочий <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>
Адреса електронної пошти:	
Хто живе у вашому домі?	
Опишіть попередні оцінювання/оцінки розвитку, отримані послуги з раннього втручання та/або лікування (якщо такі були):	

Інформація про координатора сімейних ресурсів

Ім'я координатора сімейних ресурсів:	
Агентство	
Адреса агентства:	
Місто/Штат/Поштовий індекс	
Номер телефону: () -	Робочий <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/>
Адреса електронної пошти:	

Інформація про направлення та медична інформація/інформація про стан здоров'я

Інформація про направлення		
Дата направлення:		
Причина направлення:		
Джерело направлення:		
Адреса:		
Місто/Штат/Поштовий індекс		
Номер телефону: () -	Факс: () -	Адреса електронної пошти:

Інформація про первинну медичну допомогу		
Ім'я постачальника первинної медичної допомоги:		
Адреса:		
Місто/Штат/Поштовий індекс		
Номер телефону: () -	Факс: () -	Адреса електронної пошти:

Інформація про здоров'я дитини

Коротка інформація про стан здоров'я дитини на основі перегляду відповідних записів *(це включає історію народження дитини, захворювання або діагнози (наприклад, алергії), хвороби, госпіталізацію, ліки, перевірки зору та слуху, інші оцінки розвитку):*

Що ще має знати команда про здоров'я вашої дитини, щоб ми могли краще планувати та надавати послуги для вашої дитини та родини?

II. Розпорядок дня та діяльність дитини/родини

Розуміння розпорядку дня та діяльності дітей і родин допомагає команді визначити численні можливості для навчання, які можуть сприяти навчанню та розвитку дітей.

Де ваша дитина проводить день? Хто бере участь? Як би ви описали стосунки вашої дитини з вами та людьми, з якими вона проводить найбільше часу в різних середовищах?

Що найбільше подобається вашій дитині (включаючи іграшки, людей, місця, заняття тощо)?

Що ваша родина любить робити разом і чому? Хто бере участь? Коли це відбувається?

Які види діяльності та стосунки складаються добре?

Які з розпорядків дня і видів діяльності, якщо такі є, ви вважаєте важкими або розчаровуючими для вас або вашої дитини?

Якими видами діяльності та розпорядками дня ваша родина зараз не займається через потреби вашої дитини, але зацікавлена в них зараз чи найближчим часом?

Сімейні проблеми, ресурси, пріоритети

Проблеми та пріоритети сім'ї визначають результати IFSP. Сімейні ресурси та підтримка мають вирішальне значення для підтримки та посилення бажаних змін, а також для поведінки та навчання дітей. Сім'ї повинні ділитися лише тією інформацією, якою їм зручно ділитися.

Я вирішую **не** ділитися інформацією про свої проблеми, пріоритети та ресурси та/або включати цю інформацію в IFSP. Я розумію, що якщо моя дитина відповідає вимогам, вона все ще може отримувати відповідні послуги, визначені командою IFSP, навіть якщо я вирішу не заповнювати цей розділ.

_____ (ініціали батьків)

Короткий опис проблем сім'ї: *(на основі труднощів у повсякденних справах та діяльності)*

Пріоритети сім'ї: *(на основі проблем, визначених вище)*

Сильні сторони, ресурси, які має сім'я для задоволення потреб своєї дитини: *(включаючи сім'ю, друзів, громадські групи, фінансову підтримку тощо, які є корисними для вас)*

На додаток до інформації, яку ви вже надали, чи є у вас додаткові занепокоєння щодо вашої дитини, якими ви ще не поділилися або якими з вами поділилися інші? Чи є ще щось, що ви хотіли б повідомити нам, що було б корисним у плануванні підтримки та послуг разом з вами, щоб вирішити те, що є найважливішим для вашої дитини та сім'ї?

III. Поточний рівень розвитку дитини

Розуміння навичок дитини, визначених за допомогою оцінювання та оцінки (включаючи спостереження, звіт батьків, тестування), допомагає команді (включаючи батьків) у плануванні підтримки та послуг, які покращують навчання дитини.

Сфера розвитку	Опис навичок/статус <i>(перелічіть навички дитини в кожній сфері розвитку/опишіть статус; додайте інформацію про сенсорні потреби в кожній області)</i>	Рівень розвитку <i>(% затримки, стандартне відхилення, віковий еквівалент)</i>	Джерело інформації <i>(Інструмент(и), звіт батьків, спостереження)</i>	Ім'я оцінювача та дата оцінювання/оцінки
Адаптивна Годування, прийом їжі, одягання, сон <i>(наприклад, тримає пляшку; тягнеться до іграшки, допомагає одягнути себе)</i>				
Когнітивна Мислення і навчання <i>(наприклад, шукає іграшку, яка впала; тягне іграшку на ниточці; складає просту головоломку)</i>				
Експресивне спілкування Видача звуків, жестикуляція, розмова <i>(наприклад, озвучує голосні; вказує на предмети, щоб висловити бажання; використовує 2 або більше слів)</i>				
Рецептивне спілкування Розуміння слів і жестів <i>(наприклад, дивиться, коли чує ім'я; вказує на частини тіла та звичайні предмети, коли їх називають; виконує прості вказівки з 1 і 2 кроків; розуміє прості слова)</i>				
Фізична: Тонка моторика За допомогою рук і пальців <i>(наприклад, тягнеться до іграшок і грає ними; бере родзинки; нанизує намистинки)</i>				
Фізична: Велика моторика Рух і використання великих м'язів <i>(напр., перевертається з живота на спину; сидить самостійно; ходить, тримаючись)</i>				
Соціальна/емоційна Взаємодія з іншими <i>(наприклад, посміхається і показує радість; встановлює хороший зоровий контакт; шукає допомоги у знайомих вихователів; робить щось по черзі; ділиться іграшками)</i>				
Зір <i>(наприклад, склала іспит InfantSee, якщо дитині 12 місяців або менше; візуально відстежує об'єкти, звертає увагу на обличчя знайомих людей або демонструє іншу візуальну поведінку, що відповідає віку.)</i>				
Слух <i>(наприклад, дитина пройшла перевірку слуху для новонароджених, якщо їй 12 місяців або менше; показує відповідний віковий розвиток мовлення/мови та слуху)</i>				

Початкова відповідність вимогам для отримання послуг за частиною С

Оцінювання та оцінка кожної дитини та визначення початкової відповідності вимогам дитини для отримання послуг раннього втручання за частиною С повинні включати використання інформованого клінічного висновку. Визначення відповідності вимогам є командним рішенням.

Ваша дитина **відповідає вимогам для отримання** послуг за частиною С, оскільки вона має (позначте одне або кілька нижче):

1,5 стандартне відхилення або 25% затримку розвитку в одній або кількох сферах (*відзначте все, що підходить*):

- Когнітивна Фізична: тонка моторика Фізична: велика моторика Адаптивна
 Соціальна або емоційна Експресивне спілкування Рецептивне спілкування

Діагностований стан, який може призвести до затримки розвитку (*визначте*):

Інформований клінічний висновок (*перевірте, чи це єдиний метод, який використовується для визначення відповідності*):

Резюме інформованого клінічного висновку (*враховуючи те, що інформований клінічний висновок повинен використовуватися під час оцінювання та оцінки, цей розділ необхідно заповнити незалежно від критеріїв, які використовуються для визначення відповідності*):

Короткий опис функціональних характеристик

У цьому розділі коротко описано, як дитина використовує навички в різних областях, щоб діяти в різних умовах і ситуаціях. Він надає інформацію, яка допомагає команді (включно з батьками) у розробці функціональних результатів IFSP і стратегій для досягнення цих результатів, щоб можна було відстежувати прогрес з часом. Ця інформація також допомагає заповнювати зведену інформацію щодо результатів дитини.

Позитивні соціальні/емоційні навички (включаючи соціальні стосунки): *(стосунки з дорослими; стосунки з іншими дітьми; дотримання правил, пов'язаних з групами або взаємодією з іншими)*

Підсумок щодо поведінки дитини:

Твердження дескриптору результату (виберіть одне):

Отримання та використання знань і навичок (включаючи початкові знання мови/спілкування): *(мислення, міркування, запам'ятовування та вирішення проблем; розуміння символів, розуміння фізичного та соціального світів)*

Підсумок щодо поведінки дитини:

Твердження дескриптору результату (виберіть одне):

Використання належної поведінки для задоволення їхніх потреб: *(турбота про базові потреби, наприклад, демонстрація голоду, одягання, годування, туалет тощо; сприяння власному здоров'ю та безпеці, наприклад, дотримання правил, допомога з миттям рук, уникання неістівних предметів (якщо більше 24 місяців); пересування з місця на місце (мобільність) і використання інструментів (наприклад, виделок, ниток, прикріплених до предметів тощо))*

Підсумок щодо поведінки дитини:

Твердження дескриптору результату (виберіть одне):

Дата, коли твердження дескрипторів результатів дитини було обрано командою: ____ / ____ / ____

Команда оцінки

В оцінюванні та засобах з оцінки брали участь такі особи:		
Ім'я та облікові дані друкованими літерами	Роль/організація	Оцінювальна діяльність
		<input type="checkbox"/> Поточний рівень розвитку дитини <input type="checkbox"/> Відповідність вимогам для отримання послуг за частиною С <input type="checkbox"/> Надав інформацію для короткого опису функціональних характеристик <input type="checkbox"/> Брав участь у виборі тверджень дескрипторів результатів
		<input type="checkbox"/> Поточний рівень розвитку дитини <input type="checkbox"/> Відповідність вимогам для отримання послуг за частиною С <input type="checkbox"/> Надав інформацію для короткого опису функціональних характеристик <input type="checkbox"/> Брав участь у виборі тверджень дескрипторів результатів
		<input type="checkbox"/> Поточний рівень розвитку дитини <input type="checkbox"/> Відповідність вимогам для отримання послуг за частиною С <input type="checkbox"/> Надав інформацію для короткого опису функціональних характеристик <input type="checkbox"/> Брав участь у виборі тверджень дескрипторів результатів
		<input type="checkbox"/> Поточний рівень розвитку дитини <input type="checkbox"/> Відповідність вимогам для отримання послуг за частиною С <input type="checkbox"/> Надав інформацію для короткого опису функціональних характеристик <input type="checkbox"/> Брав участь у виборі тверджень дескрипторів результатів
		<input type="checkbox"/> Поточний рівень розвитку дитини <input type="checkbox"/> Відповідність вимогам для отримання послуг за частиною С <input type="checkbox"/> Надав інформацію для короткого опису функціональних характеристик <input type="checkbox"/> Брав участь у виборі тверджень дескрипторів результатів

Роль сім'ї в процесі зведення результатів дитини (позначте лише одне):

- Сім'я була присутня для обговорення та вибору тверджень дескрипторів
 Сім'я була присутня для обговорення, але не для вибору тверджень дескрипторів
 Родина надала інформацію, але не була присутня на обговоренні

Сімейна інформація про поведінку дитини (відмітьте все, що підходить):

- Отримано на зборах команди Зібрано окремо Включено в оцінку
 Не включено (будь ласка, поясніть :)

Інструменти оцінки, що забезпечують підсумок результатів дитини:

Інші джерела інформації (наприклад, спостереження лікаря; інформація від закладу догляду за дитиною):

IV. Функціональні результати IFSP для дітей і сімей

Функціональні результати повинні відображати зміни, які сім'ї хочуть бачити для себе та своїх дітей, і базуватися на сімейних пріоритетах і потребах розвитку дитини.

Результат # _____	Дата початку: _____ Цільова дата: _____
Що б ваша сім'я хотіла, щоб сталося для вашої дитини/сім'ї?? (Результат має бути функціональним, вимірюваним і відповідати повсякденним розпорядкам і діям.)	
Що зараз відбувається, пов'язане з цим результатом? Що зараз робить ваша родина, щоб досягти цього результату? (Опишіть дії вашої дитини та/або сім'ї, пов'язані з бажаними змінами/результатом.)	
Якими способами ваша сім'я та команда працюватимуть над досягненням цього результату? Хто допоможе і що зробить? (Опишіть методи та стратегії, які використовуватимуться для підтримки вашої дитини та сім'ї для досягнення ваших результатів у повсякденній діяльності та розпорядку дня. Перелічіть, хто що робитиме, включаючи як служби раннього втручання, так і неформальну підтримку, зокрема членів сім'ї, друзів, сусідів, церкву або інші громадські організації, спеціальні програми охорони здоров'я, програми навчання батьків.)	
Як ми дізнаємося, що досягли прогресу, або чи є потреба переглянути результати чи послуги? (Які критерії [тобто спостережувана дія чи поведінка, які показують досягнутий прогрес], процедури [тобто спостереження, звіт, діаграма] та реалістичні часові рамки будуть використовуватися?)	
Як ми це зробили? (Перегляд звіту про прогрес/критеріїв успіху) Дата: _____ Досягнуто: Ми це зробили! Дата: _____ Продовження: Ми вже на півдорозі. Продовжуємо.	
Ситуація змінилася: Дата: _____ Припинення: Більше не застосовується. Дата: _____ Перегляд: Давайте спробуємо щось інше. Дата: _____ Пояснення/Коментарі:	

Функціональні результати IFSP, які підтримуються координатором сімейних ресурсів, пов'язані з доступом до ресурсів і підтримки громади

Координація сімейних ресурсів надається всім сім'ям, які зареєстровані у програмі послуг раннього втручання. Координатор сімейних ресурсів допоможе вам визначити та отримати доступ до громадських ресурсів і підтримки, які можуть знадобитися вам або вашій дитині, виходячи з ваших поточних пріоритетів. На цій сторінці описано кроки та дії, які ви та ваша команда зробите, щоб підключити вас до цих ресурсів.

Результат #__ Чого ми хочемо досягти? (Бажаний результат)	Дата початку: _____ Цільова дата: _____
Хто що робитиме? (Стратегії/Діяльність)	
Дата перегляду: _____ Код прогресу (обведіть один): Досягнуто Продовження Припинення Перегляд Коментарі:	
Результат #__ Чого ми хочемо досягти? (Бажаний результат)	Дата початку: _____ Цільова дата: _____
Хто що робитиме? (Стратегії/Діяльність)	
Дата перегляду: _____ Код прогресу (обведіть один): Досягнуто Продовження Припинення Перегляд Коментарі:	
Результат #__ Чого ми хочемо досягти? (Бажаний результат)	Дата початку: _____ Цільова дата: _____
Хто що робитиме? (Стратегії/Діяльність)	
Дата перегляду: _____ Код прогресу (обведіть один): Досягнуто Продовження Припинення Перегляд Коментарі:	

V. Планування переходу

План переходу визначає кроки та заходи для підтримки дітей і сімей, які залишають програму раннього втручання у віці трьох років і переходять до інших громадських або шкільних послуг.

Пріоритети та цілі переходу вашої дитини:

--

Контактна інформація для спеціальної освіти раннього віку

Ім'я контактної особи для спеціальної освіти раннього віку:

Номер телефону: () - Робочий Мобільний Адреса електронної пошти:

Вимоги та заходи щодо планування переходу	Етапи дії	Роль відповідальної особи	Дата початку	Дата завершення
У будь-який час від першої зустрічі IFSP до 90 днів до досягнення дитиною трьох років:				
1. Обговоріть з батьками, що означає «перехід» від послуг раннього втручання, включно з вимогами щодо відповідності та віку для послуг раннього втручання, та що можна зробити, щоб спланувати цей перехід.				
2. Обговоріть з батьками можливі варіанти програми (включаючи послуги спеціальної дошкільної освіти; Head Start; догляд за дітьми та інші громадські послуги), які можуть бути доступними, коли дитина більше не відповідає вимогам.				
3. Допоможіть батькам зрозуміти свої права та розвинути навички захисту інтересів.				
Принаймні за 90 днів і не більше 9 місяців до досягнення дитиною трьох років:				
4. Надайте повідомлення LEA та SEA про те, що дитина потенційно має право на послуги за частиною B (включаючи ім'я, адресу, номер телефону та дату народження дитини).				
5. За згодою батьків передайте інформацію про записи (включаючи оцінювання, оцінки та IFSP).				

Вимоги та заходи щодо планування переходу	Етапи дії	Роль відповідальної особи	Дата початку	Дата завершення
На зустрічі IFSP принаймні за 90 днів і не більше ніж за 9 місяців до дня народження дитини (це може бути конференція щодо переходу), розробіть План переходу дитини, включаючи наступні та будь-які зміни функціональних результатів для дитини та сім'ї або програми раннього втручання та інші послуги, необхідні для забезпечення плавного переходу:				
6. Надайте можливість батькам зустрітися та отримати інформацію від місцевого освітнього агентства або інших представників програм громади, якщо це доречно.				
7. Встановіть процедури, щоб підготувати дитину до змін у наданні послуг, включаючи кроки, які допоможуть дитині адаптуватися до нового середовища та функціонувати в ньому (тобто відвідайте нову програму, зустріньтеся з персоналом програми до першого дня залучення дитини, допоможіть сім'ї забезпечити матеріали і речі, які знадобляться (наприклад, рюкзак).				
8. Якщо дитина переходить до частини В, перегляньте з батьками варіанти програми для їхньої дитини від трирічного віку дитини до кінця навчального року.				
9. За згодою батьків заплануйте перехідну конференцію (принаймні за 90 днів і не більше ніж за 9 місяців до триріччя дитини) і запросіть учасників, включаючи батьків, персонал раннього втручання, місцеве освітнє агентство, Head Start та інші громадські організації, якщо це доречно.				
10. На перехідній конференції:				
a. Вирішіть, які ще дії потрібно виконати до того, як дитина перейде на нові умови обслуговування (зокрема, зарахування; щеплення; питання з приводу транспортування, медичні потреби тощо).				
b. Перегляньте інформацію про поточне оцінювання та оцінку. Вирішіть, чи потрібні до переходу додаткові оцінювання для визначення відповідності вимогам частини В або інших програм.				
c. Якщо доречно, допоможіть спланувати початкове оцінювання, якщо дитина потенційно має право на дошкільну спеціальну освіту.				
d. Вирішіть, чи є потреба в подальшому контролі після переходу (включаючи координацію послуг,				

Вимоги та заходи щодо планування переходу	Етапи дії	Роль відповідальної особи	Дата початку	Дата завершення
консультації з новим персоналом).				
11. Інші заходи з планування переходу:				

VI. Короткий опис послуг

Послуги та підтримка визначаються після розробки функціональних результатів IFSP. Вони призначені для підвищення спроможності сім'ї підтримувати розвиток дитини та сприяти навчанню та розвитку дитини через функціональну участь у сімейних і громадських заходах.

Послуги раннього втручання	Результат # (вказіть все, що підходить)	Періодичність і тривалість надання послуг	Інтенсивність		Методи	Середовище	Природне середовище Т/Н*	Механізм оплати (якщо є)	Тривалість		Відповідальні агенції
			Індивідуально	Група					Дата початку	Кінцева дата	

Документація обговорень для досягнення консенсусу щодо послуг: *(Включайте обговорення будь-яких послуг, у яких було відмовлено або відхилено, а також будь-які переговори щодо частоти, інтенсивності або способу надання послуг.*

* Якщо середовище не є природним, заповніть обґрунтування.

Інші послуги

Це додаткові послуги, до яких наразі має доступ ваша дитина та сім'я, але вони не мають права на такий доступ згідно з частиною С. Такі додаткові послуги можуть включати медичні послуги, такі як перевірка здоров'я дитини, спостереження у спеціалістів для медичних цілей тощо.

Чи отримуєте ви або ваша дитина наразі будь-які з наведених нижче послуг?					
Поставте галочку, якщо	<u>Фінансова та інша базова допомога</u>	Поставте галочку, якщо	<u>Охорона здоров'я та медичні послуги</u>	Поставте галочку, якщо	<u>Загальні послуги</u>
	Medicaid/Apple Health – діти		WIC Nutrition Program		Early Head Start або Head Start
	Medicaid/Basic Health – батьки		First Steps		Head Start для мігрантів – Head Start для американських індіанців/уродженців Аляски
	Медичне страхування - діти		Щеплення (Baby Shots)		Догляд за дітьми
	Медичне страхування - батьки		Клініка планування сім'ї		Домашнє відвідування
	Програма допомоги з оплатою страхових внесків Medicaid		Well Child Care		Відділення по роботі з людьми з вадами розвитку (DDD, послуги, що не належать до EIS)
	Продуктові талони		Програма для дітей з особливими медичними потребами		Дошкільна програма
	Фінансова допомога		Первинна медична допомога - батьки		Інші загальні послуги:
	SSI		Медичні спеціалісти (наприклад, кардіологія, неврологія тощо)		Перенаправлення від батьків до батьків (P2P)
	Субсидії по догляду за дітьми		Медичні огляди EPSDT/Medicaid		Направлення до Мережі батьків штату Вашингтон (WSFN)
	TANF		Стоматологічний догляд		
	Інші фінансові послуги:		Медичні послуги для індіанців		
			Інші медичні послуги:		
Коментарі (якщо доречно, вкажіть імена, контактну інформацію та джерела фінансування вищезазначених послуг):					

Які ще послуги потрібні вашій дитині та вашій родині та які вони хочуть отримати?		
Інша послуга	Постачальник	Заходи, які необхідно вжити, щоб допомогти сім'ї отримати доступ до цих послуг або джерел фінансування

VII. Обґрунтування природного середовища

Діти найкраще вчаться завдяки природним можливостям для навчання, які виникають в умовах, де зазвичай беруть участь дитина та сім'я. Підтримку та послуги раннього втручання необхідно надавати в умовах, які є природними або типовими для дітей одного віку (тобто в природному середовищі). Якщо команда вирішує, що результату неможливо досягти в природному середовищі, необхідно надати обґрунтування, включно з тим, чому було прийнято таке рішення, і що ми зробимо, щоб якомога швидше перенести послуги та підтримку в природне середовище.

Результат #	Послуги/Підтримка	Середовище (Неприродне середовище, де надаватимуться послуги/підтримка)
Пояснення, чому результат не може бути досягнутий у природному середовищі:		
План переміщення послуг та/або підтримки в природне середовище:		

VIII. Угода про індивідуальний план родинного обслуговування (IFSP)

Попереднє письмове повідомлення та згода батьків на надання послуг раннього втручання

Попереднє письмове повідомлення:

Попереднє письмове повідомлення має бути надіслано батькам дитини, яка відповідає вимогам, за розумний час до того, як програма запропонує або відмовить ініціювати чи змінити ідентифікацію, оцінку чи розміщення дитини або надання належної послуги раннього втручання дитині та її родині.

Запропоновані заходи:

Ініціювати послуги, перелічені в IFSP, на які надається згода, відповідно до Короткого опису послуг.

Причини вжиття заходів:

Після обговорення всієї оціночної інформації, включаючи спостереження сім'ї та їхні проблеми, пріоритети та ресурси, команда IFSP, включаючи сім'ю, погодила послуги раннього втручання та іншу підтримку, яку необхідно надати для досягнення бажаних результатів.

Відхилені заходи (якщо є):

Причини відмови (якщо в заході відмовлено):

Сторінка підпису IFSP

Згода:

Я брав участь у розробці цього IFSP і даю інформовану згоду на те, щоб Вашингтонська програма ранньої підтримки немовлят і дітей раннього віку та постачальники послуг здійснювали заходи, перелічені в цьому IFSP.

Згода означає, що я отримав повну інформацію про діяльність, для якої потрібна згода, моєю рідною мовою чи іншим способом спілкування; що я розумію та погоджуюся в письмовій формі на здійснення діяльності, для якої потрібна згода; згода описує дії та списки записів (якщо такі є), які будуть оприлюднені та кому; при цьому надання моєї згоди є добровільним і може бути відкликано в письмовій формі в будь-який час. Таке відкликання не має зворотної сили (воно не стосується будь-яких дій, які відбулися до відкликання згоди).

Я розумію, що я можу прийняти або відмовитися від будь-якої послуги раннього втручання (крім необхідних процедурних функцій відповідно до правил координації сімейних ресурсів) і можу відмовитися від такої послуги після першого її прийняття, не ставлячи під загрозу будь-яку іншу послугу раннього втручання, яку отримують моя дитина або родина через Вашингтонську програму ранньої підтримки немовлят і дітей раннього віку. (ПРИМІТКА: Заповніть форму Відмови від однієї чи кількох послуг раннього втручання або Відмови від участі в програмі ESIT, якщо доречно.)

Я розумію, що мій IFSP буде переданий постачальникам послуг раннього втручання та адміністраторам програм, відповідальним за впровадження цього IFSP.

Я отримав копію Вашингтонської програми ранньої підтримки немовлят і дітей раннього віку, Процедурні гарантії за частиною С Закону про освіту для осіб з інвалідністю [права батьків] разом із цим IFSP. Ця інформація містить процедури подання скарг і терміни, якими я можу скористатися, якщо пізніше вирішу, що я не згоден з будь-якими рішеннями. Мені пояснили ці права, і я їх розумію.

Я отримав копію Вашингтонської програми ранньої підтримки немовлят і дітей раннього віку, Політики щодо системи платежів та тарифів разом із цим IFSP. Політика визначає процедурні гарантії та варіанти вирішення суперечок, якими я можу скористатися, якщо пізніше я вирішу, що я не згоден з будь-яким рішенням, пов'язаним із рахунками за державне чи приватне страхування, нарахуванням зборів та/або визначенням платоспроможності чи неспроможності. Мені пояснили ці права, і я їх розумію.

Підпис(и) (оберіть один варіант): <input type="checkbox"/> Батьки <input type="checkbox"/> Офіційний опікун <input type="checkbox"/> Особа, яка замінює батьків	Дата
---	------

Учасники IFSP, які були присутні на зустрічі IFSP:			
<i>Ім'я та облікові дані друкованими літерами</i>	<i>Роль/організація</i>	<i>Підпис</i>	<i>Дата</i>
Наступні особи не були присутні на зустрічі, але брали участь у зустрічі через конференц-зв'язок або письмово (вказати які):			
<i>Ім'я та облікові дані друкованими літерами</i>	<i>Роль/організація</i>	<i>Конференц-зв'язок/письмово</i>	

IX. Перегляд індивідуального плану родинного обслуговування (IFSP)

IFSP — це ліквідний, гнучкий документ, який можна оновлювати, коли змінюються ваші потреби або потреби вашої дитини та сім'ї. Перегляд IFSP має відбуватися кожні шість місяців, і додаткові перегляди можуть проводитися щоразу, коли потрібні зміни до IFSP. На цій сторінці буде підсумовано зміни, які вносяться до IFSP вашої дитини під час кожного перегляду.

Дата перегляду: _____

Підсумок результатів перегляду (тобто прогрес, зроблений у досягненні результатів або розроблені нові результати; зміни в проблемах, ресурсах і пріоритетах сім'ї; зміни в наданні послуг; плани до наступного перегляду тощо). Будь-які зміни в послугах і результатах, зазначені в цьому перегляді, також повинні бути оновлені у відповідному розділі поточного IFSP.

Угода про перегляд індивідуального плану родинного обслуговування (IFSP)

Попереднє письмове повідомлення та згода батьків на надання послуг раннього втручання

Попереднє письмове повідомлення:

Попереднє письмове повідомлення має бути надіслано батькам дитини, яка відповідає вимогам, за розумний час до того, як програма запропонує або відмовить ініціювати чи змінити ідентифікацію, оцінку чи розміщення дитини або надання належної послуги раннього втручання дитині та її родині.

Запропоновані заходи:

Ініціювати послуги, перелічені в IFSP, на які надається згода, відповідно до Короткого опису послуг.

Причини вжиття заходів:

Після обговорення всієї оціночної інформації, включаючи спостереження сім'ї та їхні проблеми, пріоритети та ресурси, команда IFSP, включаючи сім'ю, погодила послуги раннього втручання та іншу підтримку, яку необхідно надати для досягнення бажаних результатів.

Відхилені заходи (якщо є):

Причини відмови (якщо в заході відмовлено):

Сторінка підпису IFSP

Згода:

Я брав участь у розробці цього IFSP і даю інформовану згоду на те, щоб Вашингтонська програма ранньої підтримки немовлят і дітей раннього віку та постачальники послуг здійснювали заходи, перелічені в цьому IFSP.

Згода означає, що я отримав повну інформацію про діяльність, для якої потрібна згода, моєю рідною мовою чи іншим способом спілкування; що я розумію та погоджуюся в письмовій формі на здійснення діяльності, для якої потрібна згода; згода описує дії та списки записів (якщо такі є), які будуть оприлюднені та кому; при цьому надання моєї згоди є добровільним і може бути відкликано в письмовій формі в будь-який час. Таке відкликання не має зворотної сили (воно не стосується будь-яких дій, які відбулися до відкликання згоди).

Я розумію, що я можу прийняти або відмовитися від будь-якої послуги раннього втручання (крім необхідних процедурних функцій відповідно до правил координації сімейних ресурсів) і можу відмовитися від такої послуги після першого її прийняття, не ставлячи під загрозу будь-яку іншу послугу раннього втручання, яку отримують моя дитина або родина через Вашингтонську програму ранньої підтримки немовлят і дітей раннього віку. (ПРИМІТКА: Заповніть форму Відмови від однієї чи кількох послуг раннього втручання або Відмови від участі в програмі ESIT, якщо доречно.)

Я розумію, що мій IFSP буде переданий постачальникам послуг раннього втручання та адміністраторам програм, відповідальним за впровадження цього IFSP.

Я отримав копію Вашингтонської програми ранньої підтримки немовлят і дітей раннього віку, Процедурні гарантії за частиною С Закону про освіту для осіб з інвалідністю [права батьків] разом із цим IFSP. Ця інформація містить процедури подання скарг і терміни, якими я можу скористатися, якщо пізніше вирішу, що я не згоден з будь-якими рішеннями. Мені пояснили ці права, і я їх розумію.

Я отримав копію Вашингтонської програми ранньої підтримки немовлят і дітей раннього віку, Політики щодо системи платежів та тарифів разом із цим IFSP. Політика визначає процедурні гарантії та варіанти вирішення суперечок, якими я можу скористатися, якщо пізніше я вирішу, що я не згоден з будь-яким рішенням, пов'язаним із рахунками за державне чи приватне страхування, нарахуванням зборів та/або визначенням платоспроможності чи неспроможності. Мені пояснили ці права, і я їх розумію.

Підпис(и) (оберіть один варіант): <input type="checkbox"/> Батьки <input type="checkbox"/> Офіційний опікун <input type="checkbox"/> Особа, яка замінює батьків	Дата
---	------

Учасники IFSP, які були присутні на зустрічі IFSP:			
<i>Ім'я та облікові дані друкованими літерами</i>	<i>Роль/організація</i>	<i>Підпис</i>	<i>Дата</i>
Наступні особи не були присутні на зустрічі, але брали участь у зустрічі через конференц-зв'язок або письмово (вказати які):			
<i>Ім'я та облікові дані друкованими літерами</i>	<i>Роль/організація</i>	<i>Конференц-зв'язок/письмово</i>	