



برنامه خدمات خانوادگی مستقل (IFSP)

بر اساس بخش C از IDEA، IFSP ملزم به افزایش ظرفیت خانواده ها برای برآورده ساختن نیازهای کودکان متولد شده تا سن 3 سالگی که دچار تاخیر رشدی یا معلولیت هستند، می باشد.

نوع و تاریخ IFSP: IFSP اولیه IFSP موقت IFSP بازبینی IFSP سالانه

۱. اطلاعات کودک و خانواده

نام کودک:	
تاریخ تولد:	
جنسیت: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث	اطلاعات والدین/نگهبان:
ولی جایگزین: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	نام (ها):
	آدرس (ها):
	شهر/ایالت/کد پستی:
() - محل کار <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/>	() - محل کار <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/>
() - محل کار <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/>	شماره های تلفن () - محل کار <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/>
() - محل کار <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/>	() - محل کار <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/>
ایمیل ها:	
قومیت:	
زبان اول خانواده:	
آیا مترجم شفاهی مورد نیاز است؟: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
منطقه آموزش پرورشی ساکن:	
ناحیه خدماتی:	
تماس جایگزین:	
نسبت با کودک:	
آدرس:	
شهر/ایالت/کد پستی:	
() - محل کار <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/>	() - شماره تلفن ها () - () - محل کار <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/>
() - محل کار <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/>	
() - محل کار <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/>	
آدرس ایمیل:	
چه کسی در خانه شما زندگی می کند؟	
ارزیابی ها/سنجش ها، مداخله های زودهنگام و/یا خدمات درمانی دریافتی قبلی را (در صورت وجود) شرح دهید:	

اطلاعات هماهنگ کننده منابع خانوادگی

اطلاعات زیر مربوط به هماهنگ کننده منابع خانوادگی است	
نام:	
سازمان	
آدرس سازمان:	
شهر/ایالت/کد پستی	
شماره تلفن: - ()	محل کار <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/>
آدرس ایمیل:	

اطلاعات ارجاع و پزشکی/بهداشتی

اطلاعات ارجاع	
تاریخ ارجاع:	
دلیل ارجاع:	
منبع ارجاع:	
آدرس:	
شهر/ایالت/کد پستی	
شماره تلفن: - ()	فکس: - ()
آدرس ایمیل:	

اطلاعات مراقبت اولیه:	
نام ارائه دهنده مراقبت اولیه:	
آدرس:	
شهر/ایالت/کد پستی	
شماره تلفن: - ()	فکس: - ()
آدرس ایمیل:	

اطلاعات سلامت کودک

خلاصه وضعیت سلامتی/صحتی کودک براساس بررسی پرونده های مربوطه (که شامل سابقه تولد کودک،
عارضه ها یا تشخیص های پزشکی (به طور مثال آلرژی/حساسیت)، بیماری ها، بستری شدن ها، دارو ها، غربالگری های بینایی و شنوایی، و
سایر
ارزیابی های رشدی می شود):

چه چیزهای دیگری باید در مورد سلامت فرزندتان بدانیم تا بتوانیم بهتر برای فرزند و خانواده شما برنامه ریزی کرده و خدمات
ارائه کنیم؟

II. کارهای روزمره و فعالیت های کودک/خانواده

شناخت کارهای روزمره و فعالیت های کودکان و خانواده ها به تیم در شناسایی فرصت های یادگیری متعددی که می تواند یادگیری و رشد کودکان را حمایت کند، کمک می کند.

فرزند شما روز خود را در کجا میگذراند؟ چه کسی درگیر است؟ رابطه ی فرزندتان با شما و افرادی که بیشتر وقت خود را در موقعیت های مختلف با آن ها می گذراند، چگونه توصیف می کنید؟
فرزند شما از چه چیزهایی (از جمله اسباب بازی ها، افراد، مکان ها، فعالیت ها و غیره) بیشترین لذت را می برد؟
خانواده شما از با هم انجام دادن چه کارهایی لذت می برد و چرا؟ چه کسی درگیر است؟ این اتفاق چه زمانی می افتد؟
چه فعالیت ها و روابطی به خوبی پیش می رود؟
در صورت وجود، چه کارهای روزمره و فعالیت هایی، برای شما یا فرزندتان دشوار یا خسته کننده است؟
در حال حاضر خانواده شما به دلیل نیازهای فرزند خود چه فعالیت هایی را انجام دادن نمی تواند، اما علاقه مند به انجام آن ها در حال حاضر یا در آینده ای نزدیک است؟

نگرانی های خانوادگی، منابع، اولویت ها

نگرانی ها و اولویت های خانواده توسعه نتایج IFSP را پیش می برد. منابع و پشتیبانی خانواده برای پشتیبانی و بهبود تغییرات مطلوب و عملکرد و یادگیری کودکان ضروری است. خانواده ها باید فقط اطلاعاتی را که با به اشتراک گذاری آن ها راحت هستند به اشتراک بگذارند.

من تصمیم گرفته ام اطلاعاتی در مورد نگرانی ها، اولویت ها، منابع خود به اشتراک بگذارم و/یا این اطلاعات را در IFSP به اشتراک بیاورم. من می دانم که اگر فرزند من واجد شرایط باشد، حتی اگر تصمیم بگیرم این بخش را کامل نکنم او هنوز هم می تواند خدمات مناسب تعیین شده توسط تیم IFSP دریافت کند.

_____ (امضای والدین)

خلاصه نگرانی های خانواده: (بر اساس چالش ها در کارها و فعالیت های روزمره)

اولویت های خانواده: (بر اساس نگرانی هایی که در بالا ذکر شد)

نقطه قوت و منابعی که خانواده برای برآورده کردن نیازهای فرزند خود در اختیار دارد: (شامل خانواده، دوستان، گروه های اجتماعی، پشتیبانی مالی، و غیره که برای شما مفید هستند)

علاوه بر اطلاعاتی که قبلا ارائه کرده اید، آیا شما نگرانی های دیگری دارید که هنوز به اشتراک نگذاشته اید، یا اینکه دیگران با شما درباره فرزند شما به اشتراک گذاشته اند؟ آیا چیز دیگری وجود دارد که بخواهید به ما بگویید که در برنامه ریزی پشتیبانی و خدمات به همراه شما برای رسیدگی به آنچه که برای فرزند و خانواده بیش از همه مهم است کمک کند؟

۱۱۱. سطح فعلی رشد کودک

درک مهارت های کودک، که از طریق ارزیابی و سنجش (از جمله مشاهدات، گزارش والدین، آزمایش) شناسایی شده است، به تیم (از جمله والدین) در برنامه ریزی حمایت و خدماتی که یادگیری کودک را بهبود می بخشد، کمک می کند.

نام ارزیابی کننده و تاریخ ارزیابی/سنجش	منبع اطلاعاتی (ابزار ها)، گزارش والدین، مشاهده	سطح رشدی (% تاخیر سن انحراف معیار، معادل سن)	شرح مهارت ها/وضعیت (مهارت های کودک در هر ناحیه/حصه رشدی/وضعیت را فهرست کنید، اطلاعات مربوط به نیازهای حسی در هر حوزه را بیابید)	ناحیه رشدی
				<p>تطبیقی غذا دادن، غذا خوردن، لباس پوشیدن، خوابیدن</p> <p>(به عنوان مثال، بطری را با دست می گیرد، دستش را به سمت اسباب بازی دراز می کند، در پوشیدن لباسش کمک می کند)</p>
				<p>شناختی تفکر و یادگیری</p> <p>(به عنوان مثال، به دنبال اسباب بازی ای که افتاده است می گردد، اسباب بازی ای که نخ وصل است را می کشد؛ یک پازل(معما) ساده حل می کند)</p>
				<p>ارتباطات بیانی صدا در آوردن، اشاره کردن، صحبت کردن</p> <p>(به عنوان مثال، در آوردن آواها؛ اشاره به اشیاء برای بیان خواسته ها؛ استفاده از دو کلمه یا بیشتر)</p>
				<p>ارتباطات دريافتی درک کلمات و حرکات</p> <p>(به عنوان مثال، هنگامی که اسامی را می شنود نگاه می کند؛ هنگامی که نام اعضای بدن و اشیاء را می شنود به آن ها اشاره می کند؛ دستورالعمل های ساده 1 و 2 مرحله ای را دنبال می کند؛ کلمات ساده را درک می کند)</p>
				<p>فیزیکی: حرکتی ظریف با استفاده از دست و انگشتان</p> <p>(به عنوان مثال، دستش را به سمت اسباب بازی ها دراز می کند و با آن ها بازی می کند؛ کشمش را برمی دارد؛ مهره ها را نخ می کند)</p>

				<p>فیزیکی: حرکتی درشت حرکت و استفاده از عضلات بزرگ (به عنوان مثال، از روی شکم به کمر غلط می زند؛ به صورت مستقل می نشیند؛ با نگه داشتن دیگران راه می رود)</p>
				<p>اجتماعی/احساسی تعامل با دیگران</p> <p>(به عنوان مثال، لیخند زده و ابراز شادی می کند؛ تماس چشمی خوب؛ از مراقبت کنندگان آشنا کمک می خواهد؛ منتظر نوبتش می ماند؛ اسباب بازی هایش را به اشتراک می گذارد)</p>
				<p>بینایی</p> <p>(به عنوان مثال، نوزادی را گذرانده است، اگر 12 ماه یا کمتر دارد معاینه را ببیند، به صورت بصری اشیاء را دنبال می کند، به صورت افراد آشنا توجه می کند یا سایر رفتارهای بصری مناسب سن از خود نشان می دهد.</p>
				<p>شنوایی</p> <p>(به عنوان مثال، اگر 12 ماه و یا کمتر سن دارد غربالگری نوزاد را گذرانده؛ رشد گفتاری/زبانی و شنوایی مناسب سن از خود نشان می دهد</p>

واجدیت شرایط اولیه برای خدمات بخش C

ارزیابی و سنجش هر کودک و تعیین واجدیت شرایط اولیه کودک برای خدمات مداخله زودهنگام بخش C باید شامل استفاده از نظر بالینی آگاهانه باشد. تصمیم گیری در مورد واجدیت شرایط یک تصمیم تیمی است.

<input type="checkbox"/> فرزند شما واجد شرایط خدمات بخش C است زیرا او موارد زیر را دارد (یک یا چند مورد را تیک بزنید):
<input type="checkbox"/> 1.5 انحراف معیار یا 25٪ تاخیر رشدی در یک یا چند ناحیه (همه موارد مربوطه را علامت بزنید):
<input type="checkbox"/> شناختی <input type="checkbox"/> فیزیکی: حرکتی ظریف <input type="checkbox"/> فیزیکی: حرکتی درشت <input type="checkbox"/> تطبیقی <input type="checkbox"/> اجتماعی یا عاطفی <input type="checkbox"/> ارتباطات بیانی <input type="checkbox"/> ارتباطات دریافتی
<input type="checkbox"/> عارضه تشخیص داده شده که احتمالاً منجر به تاخیر رشدی می شود (مشخص کنید):
<input type="checkbox"/> نظرات بالینی آگاهانه (اگر این تنها روش برای تعیین واجدیت شرایط است، تیک بزنید):
خلاصه نظر بالینی آگاهانه (با توجه به اینکه نظر بالینی آگاهانه باید در طول ارزیابی و سنجش استفاده شود، این بخش باید بدون توجه به معیارهای مورد استفاده برای تعیین واجدیت شرایط تکمیل شود):

خلاصه عملکرد کارکردی

این بخش نحوه استفاده یک کودک از مهارت ها در حوزه های مختلف برای کارکرد در محیط ها و شرایط مختلف به طور خلاصه می آورد. این بخش اطلاعاتی فراهم می کند که به تیم (از جمله والدین) در توسعه نتایج و استراتژی های کارکردی IFSP برای دستیابی به آن نتایج کمک کرده تا در طول زمان بر پیشرفت نظارت شود. این اطلاعات همچنین در تکمیل اطلاعات خلاصه نتایج کودکان کمک می کند.

مهارت های اجتماعی/احساسی مثبت (از جمله روابط اجتماعی): (ارتباط با بزرگسالان، ارتباط با دیگر کودکان، دنبال کردن قوانین مربوط به گروه ها و یا تعامل با دیگران)
خلاصه ای از عملکرد کودک:
statement توصیفگر نتیجه (یکی را انتخاب کنید):

به دست آوردن و استفاده از دانش و مهارت ها (از جمله زبان/ارتباط زودهنگام): (تفکر، استدلال، یادآوردن و حل مشکل، درک نمادها، درک دنیاهای فیزیکی و اجتماعی)
خلاصه ای از عملکرد کودک:
statement توصیفگر نتیجه (یکی را انتخاب کنید):

استفاده از رفتارهای مناسب برای رفع نیازهای آن ها: (مراقبت از نیازهای اساسی، مثلا نشان دادن گرسنگی، لباس پوشیدن، غذا دادن، اجابت مزاج/قضای حاجت و غیره؛ کمک به سلامت و ایمنی خود، به عنوان مثال، دنبال کردن قوانین، کمک در شستن دست ها، اجتناب از اقلام غیر خوراکی (در صورتی که بیش از 24 ماه سن دارد)؛ از یک مکان به مکان دیگر رفتن (حرک) و استفاده از ابزار (به عنوان مثال، چنگال، نخ متصل به اشیاء و غیره))
خلاصه ای از عملکرد کودک:
statement توصیفگر نتیجه (یکی را انتخاب کنید):

تاریخ انتخاب statement های توصیفگر نتایج کودک توسط تیم: _/_/_

تیم ارزیابی

افراد زیر در ارزیابی و سنجش شرکت کردند:		
فعالیت های ارزیابی	نقش/سازمان	نام چاپی و امضاء
<input type="checkbox"/> سطح فعلی رشد کودک <input type="checkbox"/> واجدیت شرایط برای خدمات بخش C <input type="checkbox"/> برا خلاصه عملکرد کارکردی اطلاعات ارائه کرد <input type="checkbox"/> در انتخاب Statement های توصیفگر نتایج شرکت کرد		
<input type="checkbox"/> سطح فعلی رشد کودک <input type="checkbox"/> واجدیت شرایط برای خدمات بخش C <input type="checkbox"/> برا خلاصه عملکرد کارکردی اطلاعات ارائه کرد <input type="checkbox"/> در انتخاب Statement های توصیفگر نتایج شرکت کرد		
<input type="checkbox"/> سطح فعلی رشد کودک <input type="checkbox"/> واجدیت شرایط برای خدمات بخش C <input type="checkbox"/> برای خلاصه عملکرد کارکردی اطلاعات ارائه کرد <input type="checkbox"/> در انتخاب Statement های توصیفگر نتایج شرکت کرد		
<input type="checkbox"/> سطح فعلی رشد کودک <input type="checkbox"/> واجدیت شرایط برای خدمات بخش C <input type="checkbox"/> برا خلاصه عملکرد کارکردی اطلاعات ارائه کرد <input type="checkbox"/> در انتخاب Statement های توصیفگر نتایج شرکت کرد		
<input type="checkbox"/> سطح فعلی رشد کودک <input type="checkbox"/> واجدیت شرایط برای خدمات بخش C <input type="checkbox"/> برای خلاصه عملکرد کارکردی اطلاعات ارائه کرد <input type="checkbox"/> در انتخاب Statement های توصیفگر نتایج شرکت کرد		

نقش خانواده در فرآیند خلاصه پیامدهای کودکان (فقط یک مورد را تیک بزنید):
 ___ خانواده برای بحث و انتخاب statement های توصیفگر حضور داشت
 ___ خانواده برای بحث بیانیه های توصیفگر حضور داشت اما برای انتخاب بیانیه های توصیفگر حضور نداشت
 ___ خانواده اطلاعاتی را ارائه کرد، اما برای بحث حضور نداشت

اطلاعات خانواده در مورد عملکرد فرزند (همه موارد مربوطه را علامت بزنید):

___ در جلسه تیم به طور جداگانه دریافت شد ___ قید نشده (لطفا توضیح دهید):	___ جمع آوری شده	___ در ارزیابی ادغام شده
---	------------------	--------------------------

ابزارهای ارزیابی اطلاع دهنده خلاصه ای از پیامدهای کودک:
 سایر منابع اطلاعاتی (به عنوان مثال، مشاهدات پزشکان؛ اطلاعات دریافتی از ارائه دهنده مراقبت کودک):

IV. نتایج پیامدهای IFSP برای کودکان و خانواده ها

نتایج عملکردی باید تغییراتی را که خانواده ها مایل به دیدن آن ها برای خود و فرزندان خود هستند را در بر گرفته و بر اساس اولویت های خانوادگی و نیازهای رشدی کودک باشد.

پیامد# _____	تاریخ شروع: _____ تاریخ هدف: _____
<p>خانواده شما می خواهند چه اتفاقی برای فرزند/خانواده شما رخ دهد؟ (نتیجه باید کارکردی، قابل اندازه گیری و در چهارچوب کارها و فعالیت های روزمره باشد.)</p>	
<p>در حال حاضر چه اتفاقی در ارتباط با این پیامد می افتد؟ خانواده شما در حال چه کاری برای حمایت از دستیابی به این پیامد انجام می دهد؟ (عملکرد فرزند و/یا خانواده خود در ارتباط با تغییر/پیامد مورد نظر را توضیح دهید).</p>	
<p>راه هایی که خانواده و تیم شما برای دستیابی به این پیامد همکاری می کنند چیست؟ چه کسی کمک خواهد کرد و چه کاری انجام خواهد داد؟ (روش ها و استراتژی هایی را که برای حمایت از فرزند و خانواده شما برای دستیابی به پیامدهای شما در فعالیت ها و کارهای روزمره شما استفاده می شود را توضیح دهید. فهرستی از افراد و کارهایی که انجام می دهند از جمله خدمات مداخله زودهنگام و حمایت های غیر رسمی از جمله خانواده، دوستان، همسایگان، کلیساها یا سایر سازمان های اجتماعی، برنامه های بهداشتی مخصوص، برنامه های تعلیم والدین تهیه کنید.)</p>	
<p>چگونه خواهیم فهمید پیشرفت کرده ایم یا اینکه پیامدها یا خدمات نیاز به ویرایش دارند؟ (چه معیارهایی [یعنی اقدام یا رفتار نشان دهنده اینکه پیشرفت در حال انجام است]، رویه ها (مانند مشاهده، گزارش، نمودار/جدول یا نقشه) و جدول زمانی واقع گرایانه استفاده می شود؟)</p>	
<p>عملکرد ما چگونه بود؟ (بازبینی statement پیشرفت/معیارهای موفقیت)</p> <p>تاریخ: _____ به دست آمده: موفق شدیم!</p> <p>تاریخ: _____ ادامه: بخشی از آن را به دست آورده ایم. باید ادامه دهیم.</p>	
<p>موقعیت تغییر کرده است:</p> <p>تاریخ: _____ ادامه ندادن: دیگر اعمال نمی شود.</p> <p>تاریخ: _____ اصلاح: بیایید چیز دیگری را امتحان کنیم.</p> <p>تاریخ: _____ توضیحات/نظرات:</p>	

**پیامدهای عملکردی IFSP پشتیبانی شده توسط هماهنگ کننده منابع
خانواده مربوط به دسترسی به منابع و حمایت های اجتماعی**

هماهنگی منابع خانواده به همه خانواده های ثبت شده در خدمات مداخله زود هنگام ارائه می شود. هماهنگ کننده منابع خانواده به شما کمک می کند تا بر اساس اولویت های فعلی شما منابع و حمایت های محلی که شما یا فرزندتان ممکن است نیاز داشته باشید را شناسایی کرده و به آنها دسترسی پیدا کنید. این صفحه مراحل و فعالیت هایی را که شما و تیم شما برای اتصال شما به این منابع انجام می دهید را مشخص می کند.

پیامد# _____ چه چیزی می خواهیم به دست آوریم؟ (پیامد مطلوب)	تاریخ شروع: _____ تاریخ هدف: _____
چه کسی چه کاری انجام خواهد داد؟ (استراتژی ها/ فعالیت ها)	
<p align="right">تاریخ بازنگری: _____</p> <p align="center">کد پیشرفت (دور یک مورد دایره بکشید): به دست آمد ادامه پیدا کرد در حال ادامه است اصلاح</p> <p align="right">نظرات:</p>	
پیامد# _____ چه چیزی می خواهیم به دست آوریم؟ (پیامد مطلوب)	تاریخ شروع: _____ تاریخ هدف: _____
چه کسی چه کاری انجام خواهد داد؟ (استراتژی ها/ فعالیت ها)	
<p align="right">تاریخ بازنگری: _____</p> <p align="center">کد پیشرفت (دور یک مورد دایره بکشید): به دست آمد ادامه پیدا کرد در حال ادامه است اصلاح</p> <p align="right">نظرات:</p>	
پیامد# _____ چه چیزی می خواهیم به دست آوریم؟ (پیامد مطلوب)	تاریخ شروع: _____ تاریخ هدف: _____
چه کسی چه کاری انجام خواهد داد؟ (استراتژی ها/ فعالیت ها)	
<p align="right">تاریخ بازنگری: _____</p> <p align="center">کد پیشرفت (دور یک مورد دایره بکشید): به دست آمد ادامه پیدا کرد در حال ادامه است اصلاح</p> <p align="right">نظرات:</p>	

.v برنامه ریزی گذار/انتقال

طرح گذار/انتقال مراحل و فعالیت هایی را برای حمایت از کودکان و خانواده هایی که در سن سه سالگی از مداخله زودهنگام خارج می شوند و به خدمات اجتماعی و یا مدرسه منتقل می شوند را مشخص می کند.

اولویت ها و اهداف برای گذار کودک شما:

اطلاعات تماس در زمینه education استثنائی زودهنگام دوران کودکی		
Education استثنائی زودهنگام دوران کودکی		
نام فرد تماس:		
شماره تلفن: - ()	محل کار <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/>	آدرس ایمیل:

تاریخ اتمام	تاریخ شروع	نقش فرد مسئول	مراحل اقدامات	الزامات و فعالیت های برنامه ریزی گذار/انتقال
در هر زمانی از جلسه اولیه IFSP، تا 90 روز قبل از تولد سوم کودک:				
				1. با والدین درباره معنای «گذار/انتقال» از مداخله زودهنگام بحث و گفتگو کنید، از جمله واجدیت شرایط و دستورالعمل های سن برای خدمات مداخله زودهنگام و چه کاری می تواند برای برنامه ریزی برای این گذار/انتقال انجام شود.
				2. با والدین گزینه های ممکن برنامه ها را به بحث و گفتگو بگذارید (از جمله خدمات تعلیم پیش دبستانی، Head Start، مراقبت از کودک و دیگر خدمات اجتماعی) که ممکن است زمانی که فرزند دیگر واجد شرایط نیست، در دسترس باشد.
				3. به والدین در فهم حقوق خود و توسعه مهارت های حمایتی کمک شود.
حداقل 90 روز و حداکثر 9 ماه قبل از تولد سوم کودک:				
				4. ارائه اطلاعاتی LEA و SEA که کودک به صورت بالقوه واجدیت شرایط خدمات بخش B (از جمله نام، آدرس، شماره تلفن و تاریخ تولد کودک) است.
				5. با رضایت والدین، انتقال اطلاعات سوابق (از جمله ارزیابی، سنجش ها و IFSP).

تاریخ اتمام	تاریخ شروع	نقش فرد مسنول	مراحل اقدامات	الزامات و فعالیت های برنامه ریزی گذار
در جلسه IFSP حداقل 90 روز و حداکثر 9 ماه قبل از تولد کودک (که می تواند کنفرانس گذار/انتقال باشد)، برنامه گذار کودک از جمله موارد زیر و هر گونه اصلاحیه در پیامدهای عملکردی کودک و خانواده و یا مداخله زودهنگام و سایر خدمات مورد نیاز برای اطمینان از گذار روان توسعه یابد:				
				6. ارائه فرصت به والدین برای بازدید و دسترسی به اطلاعات از سازمان education محلی و یا سایر نمایندگان برنامه جامعه به صورت درخور.
				7. تعیین رویه ها برای آماده سازی کودک برای تغییرات در ارائه خدمات، از جمله قدم هایی برای کمک به عادت کردن به محیط جدید و فعالیت در آن (به عنوان مثال، بازدید از برنامه های جدید، ملاقات با کارکنان برنامه قبل از اولین روز حضور کودک، کمک به خانواده در تامین مواد و تجهیزاتی که مورد نیاز است (مانند بکس پشتی/ کوله پشتی).
				8. اگر کودک به بخش B گذار می کند، با والدین گزینه های برنامه برای فرزند آن ها را از روز تولد فرزند و در طول سال تحصیلی بررسی کنید.
				9. با توافق والدین، کنفرانس گذار را زمان بندی کنید (حداقل 90 روز و حداکثر 9 ماه قبل از تولد سوم کودک) و از شرکت کنندگان از جمله والدین، پرسنل مداخله زودهنگام، سازمان education محلی، Head Start و دیگر ارائه دهندگان اجتماع در صورت لزوم دعوت بعمل آورید.
10. در کنفرانس گذار/انتقال:				
				a. قبل از اینکه کودک به محیط خدمات جدید برود (از جمله ثبت نام، واکسیناسیون، مسائل مربوط به حمل و نقل، نیازهای پزشکی و غیره) تصمیم گیری کنید که چه فعالیت های دیگری باید انجام شود.
				b. اطلاعات ارزیابی و سنجش فعلی را مرور کنید. درباره اینکه آیا ارزیابی های بیشتری برای تعیین واجدیت شرایط نسبت به قسمت B یا برنامه های دیگر قبل از انتقال مورد نیاز است یا خیر، تصمیم گیری کنید.
				c. در صورت لزوم، در تهیه برنامه زمانی ارزیابی اولیه برای مشخص شدن اینکه آیا کودک به صورت بالقوه واجد شرایط education پیش دبستانی استثنائی است یا خیر کمک کنید.

				d. درباره اینکه آیا به پیگیری پس از گذار نیاز است یا خیر (از جمله هماهنگی خدمات، مشاوره با کارکنان جدید) تصمیم گیری کنید.
--	--	--	--	---

تاریخ اتمام	تاریخ شروع	نقش فرد مسنول	مراحل اقدامات	الزامات و فعالیت های برنامه ریزی گذار
				11. فعالیت های مرتبط با گذار دیگر:

.VI برنامه ریزی گذار/انتقال

طرح گذار/ انتقال مراحل و فعالیت هایی را برای حمایت از کودکان و خانواده هایی که در سن سه سالگی از مداخله زودهنگام خارج می شوند و به خدمات اجتماعی و یا مدرسه منتقل می شوند را مشخص می کند.

سازمان (های) مسئول	مدت زمان		هماهنگی پرداخت (در صورت وجود)	محیط طبیعی بلی/خبر *	محیط	روش ها	شدت		پیامد# (همه موارد مربوطه را لیست کنید)	خدمات مداخله زودهنگام
	تاریخ اتمام	تاریخ شروع					گروه	شخص		
<p>مستند سازی بحث ها برای دستیابی به توافق در مورد خدمات: (بحث در مورد هر یک از خدمات رد شده، و همچنین هر گونه مذاکره در مورد تعداد، شدت یا روش ارائه خدمات را قید کنید).</p>										

* اگر موقعیت محیطی طبیعی نیست، توجیهات را تکمیل کنید.

سایر خدمات

این ها خدمات اضافی است که در حال حاضر فرزند و خانواده شما به آن دسترسی دارند، اما بر اساس بخش C حقی در ارتباط با آن ها ندارند. این خدمات اضافی ممکن است شامل خدمات پزشکی مانند چکاپ های کودک، پیگیری با متخصصان برای اهداف پزشکی و غیره باشد.

آیا شما یا فرزند شما در حال حاضر هر یک از خدمات زیر را دریافت می کنید؟				
	بودن قابل اجرا در صورت	بهداشت و پزشکی	بودن قابل اجرا در صورت	مالی و دیگر خدمات اساسی
<u>خدمات عمومی</u>				
Head Start زود هنگام یا Head Start		برنامه تغذیه WIC		Medicaid / Annie Health - کودک
Head Start مهاجران - آمریکایی Head Start سرخ پوستی/بومی آلاسکا		مراحل اول		Medicaid / Basic Health - والدین
مراقبت از کودک		ایمن سازی (واکسن های کودک)		بیمه درمانی • کودک
بازدید در خانه		کلینیک برنامه ریزی خانواده		بیمه درمانی • ولی
بخش ناتوانی های رشدی (DOD), خدمات غیر EIS		Well Child Care		برنامه پرداخت حق بیمه Medicaid
پیش دبستانی		برنامه کودکان با نیازهای مراقبت بهداشتی خاص		کوپن مواد غذایی
سایر خدمات عمومی:		مراقبت اولیه - ولی		کمک مالی
ارجاع ولی به ولی (P2P)		متخصصین پزشکی (مانند قلب، مغز و اعصاب، و غیره)		SSI
Washington State Fathers (WSFN) ارجاع شبکه		EPSOT/بررسی سلامت Medicaid		یارانه های مراقبت از کودک
		مراقبت های دندان		TANF
		خدمات بهداشتی سرخ پوستان		سایر خدمات مالی:
		سایر خدمات بهداشت و درمان:		
نظرات (از جمله نام ها، اطلاعات تماس و منابع مالی برای خدمات فوق در صورت لزوم):				

فرزند و خانواده چه خدمات دیگری نیاز دارد و می خواهد به آن ها دسترسی داشته باشد؟		
	ارائه دهنده	سایر خدمات
قدم هایی که برای کمک به خانواده برای دسترسی به این خدمات یا استفاده منابع مالی باید برداشته شود		

.VII. توجهات محیط طبیعی

کودکان از طریق فرصت های یادگیری طبیعی که در محیط های که کودک و خانواده به طور معمول در آن حضور دارند به بهترین نحو یاد می گیرند. پشتیبانی های مداخله زودهنگام و خدمات باید در موقعیت های طبیعی یا معمول برای کودکان هم سن (یعنی محیط طبیعی) فراهم شود. اگر تیم نتیجه گیری کند که پیامد در یک محیط طبیعی به دست نمی آید، باید توجهی ارائه شود از جمله اینکه چرا این تصمیم اتخاذ شده است و چه کارهایی را برای انتقال هرچه زودتر خدمات و پشتیبانی ها به محیط طبیعی انجام خواهیم داد.

محیط (موقعیت محیطی غیر طبیعی که خدمات/پشتیبانی (ها) در آن ارائه می شود)	خدمات/پشتیبانی (ها)	پیشامد#
توضیح اینکه چرا پیامد در یک محیط طبیعی قابل دستیابی نیست:		
برنامه برای انتقال خدمات و/یا پشتیبانی (ها) به محیط های طبیعی:		

VIII. توافق نامه برنامه خانوادگی شخصی سازی شده (IFSP)

اطلاعیه کتبی قبلی و موافقت والدین برای ارائه خدمات مداخله زودهنگام

اطلاعیه کتبی قبلی:

قبل از اینکه برنامه شروع یا تغییر اطلاعات شناسایی، ارزیابی یا تعیین سطح کودک یا ارائه خدمات مناسب مداخله زودهنگام به کودک و خانواده وی را پیشنهاد کرده یا آن را رد کند، اطلاعیه کتبی قبلی باید به والدین یک کودک واجد شرایط در زمان معقولی ارائه شود.

اقدام پیشنهادی:

شروع خدمات ذکر شده در IFSP که رضایت برای آن ها داده شده است، طبق خلاصه خدمات.

دلایل اقدامات:

پس از بحث درباره همه اطلاعات ارزیابی، از جمله مشاهدات خانواده و نگرانی ها، اولویت ها و منابع آنها، تیم IFSP، شامل خانواده، با خدمات مداخله زودهنگام و سایر حمایت هایی که باید برای رسیدن به پیامدهای مطلوب ارائه شوند، توافق کردند.

اقدام رد شده (در صورت وجود):

دلایل رد شدن (در صورتی که اقدام رد شده است):

صفحه امضای IFSP

رضایت:

اینجانب در توسعه این IFSP شرکت کرده و برای برنامه حمایت زود هنگام از نوزادان و کودکان نوپا و اشنگتن و انجام فعالیت های ذکر شده در این IFSP توسط ارائه دهندگان خدمات رضایت آگاهانه می دهم. موافقت به این معنی است که من در مورد تمام فعالیت هایی که رضایت برای آن ها گرفته شده است به زبان مادری خود و یا سایر روش های ارتباطی به طور کامل مطلع شده ام؛ که من فعالیت هایی که برای آن ها رضایت گرفته شده است را درک کرده و به طور کتبی با آن ها موافقت می کنم؛ رضایت فعالیت ها و لیست مدارک (در صورت وجود) را که منتشر می شود و فردی که برای وی منتشر می شود را تشریح می کند. و اینکه دادن رضایت از طرف من داوطلبانه بوده و می تواند در هر زمانی به صورت کتبی لغو شود. این لغو عطف به ما سبق نیست (برای اقداماتی که قبل از اینکه رضایت لغو شود رخ داده اند، اعمال نمی شود).

من درک می کنم که می توانم هر یک از خدمات مداخله زود هنگام (به جز اقدامات قانونی مورد نیاز بر اساس مقررات مربوط به هماهنگی منابع خانواده) را قبول یا رد کنم و می توانم پس از پذیرش یکی از خدمات، آن را رد کنم؛ بدون اینکه دیگر خدمات مداخله زود هنگامی که فرزندم یا خانواده ام از طریق حمایت زود هنگام کودکان برای نوزادان و کودکان نوپا دریافت می کنند را به خطر بیندازم. (توجه: در صورت لزوم، فرم رد یک یا چند خدمات مداخله زود هنگام یا رد مشارکت در برنامه ESIT را تکمیل کنید).

من متوجه هستم که IFSP من در میان ارائه دهندگان مداخله زود هنگام و مدیران برنامه که مسئول اجرای این IFSP هستند به اشتراک گذاشته خواهد شد.

اینجانب یک نسخه از برنامه حمایت زود هنگام از نوزادان و کودکان نوپای و اشنگتن، قانون education افراد دارای معلولیت (IDEA)، بخش C اقدامات حفاظتی رویه ای [حقوق والدین] را به همراه این IFSP دریافت کرده ام. این اطلاعات شامل رویه های شکایت و زمان بندی هایی است که ممکن است اگر بعداً تصمیم بگیرم که با تصمیمات مخالف هستم، از آن استفاده کنم. این حقوق برای من توضیح داده شده است و من آن ها را می فهمم.

اینجانب یک نسخه از برنامه حمایت زود هنگام از نوزادان و کودکان نوپای و اشنگتن و خط مشی سیستم پرداخت ها و هزینه ها را به همراه این IFSP دریافت کرده ام. در صورتی که بعداً تصمیم بگیرم که با هر یک از تصمیم گیری های مربوط به صورتحساب بیمه عمومی یا خصوصی، اعمال هزینه ها و/یا تعیین توانایی یا عدم توانایی پرداخت مخالف هستم، این خط مشی اقدامات حفاظتی رویه ای و گزینه های حل اختلافی که می توانم استفاده کنم را مشخص می کند. این حقوق برای من توضیح داده شده است و من آن ها را می فهمم.

امضاء (های) (یک مورد را تیک بزنید): ولی/اولیا قیم قانونی ولی جایگزین تاریخ

شرکت کنندگان IFSP که در جلسه IFSP حضور داشتند:			
نام چاپی و امضاء	نقش/سازمان	امضاء	تاریخ
افراد ذیل در جلسه حضور نیافتند اما از طریق کنفرانس تلفنی یا به صورت کتبی در جلسه شرکت کردند (مورد را مشخص کنید):			
نام چاپی و امضاء	نقش/سازمان	امضاء	کنفرانس تلفنی/کتبی

IX. بررسی برنامه خانوادگی شخصی سازی شده (IFSP)

IFSP یک سند روان و قابل تغییر است که می تواند همانطور که نیازهای شما و فرزند و خانواده شما تغییر می کند، به روز رسانی شود. بررسی IFSP باید هر شش ماه انجام شود و هر بار که تغییرات در IFSP مورد نیاز است، می توان جلسه بررسی برگزار کرد. این صفحه تغییراتی را که در IFSP کودک شما در هر بررسی در حال انجام است را به صورت خلاصه ارائه می کند.

تاریخ بررسی:

خلاصه ای از نتایج بررسی (به عنوان مثال، پیشرفت به سمت پیامدها یا پیامدهای جدید توسعه یافته؛ تغییرات در نگرانی های خانواده، منابع و اولویت ها، تغییرات در ارائه خدمات، برنامه ها تا بررسی بعدی، و غیره). هرگونه تغییر در خدمات و نتایج ذکر شده در این بررسی نیز باید در بخش مربوطه IFSP فعلی به روز رسانی شود.

توافق نامه بررسی برنامه خانوادگی شخصی سازی شده (IFSP)

اطلاعیه کتبی قبلی و موافقت والدین برای ارائه خدمات مداخله زودهنگام

اطلاعیه کتبی قبلی:

قبل از اینکه برنامه شروع یا تغییر اطلاعات شناسایی، ارزیابی یا تعیین سطح کودک یا ارائه خدمات مناسب مداخله زودهنگام به کودک و خانواده وی را پیشنهاد کرده یا آن را رد کند، اطلاعیه کتبی قبلی باید به والدین یک کودک واجد شرایط در زمان معقولی ارائه شود.

اقدام پیشنهادی:

شروع خدمات ذکر شده در IFSP که رضایت برای آن ها داده شده است، طبق خلاصه خدمات.

دلایل اقدامات:

پس از بحث درباره همه اطلاعات ارزیابی، از جمله مشاهدات خانواده و نگرانی ها، اولویت ها و منابع آنها، تیم IFSP، شامل خانواده، با خدمات مداخله زودهنگام و سایر حمایت هایی که باید برای رسیدن به پیامدهای مطلوب ارائه شوند، توافق کردند.

اقدام رد شده (در صورت وجود):

دلایل رد شدن (در صورتی که اقدام رد شده است):

صفحه امضای IFSP

رضایت:

اینجانب در توسعه این IFSP شرکت کرده و برای برنامه حمایت زود هنگام از نوزادان و کودکان نوپای و اشنگتن و انجام فعالیت های ذکر شده در این IFSP توسط ارائه دهندگان خدمات رضایت آگاهانه می دهم. موافقت به این معنی است که من در مورد تمام فعالیت هایی که رضایت برای آن ها گرفته شده است به زبان مادری خود و یا سایر روش های ارتباطی به طور کامل مطلع شده ام؛ که من فعالیت هایی که برای آن ها رضایت گرفته شده است را درک کرده و به طور کتبی با آن ها موافقت می کنم؛ رضایت فعالیت ها و لیست مدارک (در صورت وجود) را که منتشر می شود و فردی که برای وی منتشر می شود را تشریح می کند. و اینکه دادن رضایت از طرف من داوطلبانه بوده و می تواند در هر زمانی به صورت کتبی لغو شود. این لغو عطف به ما سبق نیست (برای اقداماتی که قبل از اینکه رضایت لغو شود رخ داده اند، اعمال نمی شود).

من درک می کنم که می توانم هر یک از خدمات مداخله زود هنگام (به جز اقدامات قانونی مورد نیاز بر اساس مقررات مربوط به هماهنگی منابع خانواده) را قبول یا رد کنم و می توانم پس از پذیرش یکی از خدمات، آن را رد کنم؛ بدون اینکه دیگر خدمات مداخله زود هنگامی که فرزندم یا خانواده ام از طریق حمایت زود هنگام کودکان برای نوزادان و کودکان نوپا دریافت می کنند را به خطر بیندازم. (توجه: در صورت لزوم، فرم رد یک یا چند خدمات مداخله زود هنگام یا رد مشارکت در برنامه ESIT را تکمیل کنید).

من متوجه هستم که IFSP من در میان ارائه دهندگان مداخله زود هنگام و مدیران برنامه که مسئول اجرای این IFSP هستند به اشتراک گذاشته خواهد شد.

اینجانب یک نسخه از برنامه حمایت زود هنگام از نوزادان و کودکان نوپای و اشنگتن، قانون education افراد دارای معلولیت (IDEA)، بخش C اقدامات حفاظتی رویه ای [حقوق والدین] را به همراه این IFSP دریافت کرده ام. این اطلاعات شامل رویه های شکایت و زمان بندی هایی است که ممکن است اگر بعداً تصمیم بگیرم که با تصمیمات مخالف هستم، از آن استفاده کنم. این حقوق برای من توضیح داده شده است و من آن ها را می فهمم.

اینجانب یک نسخه از برنامه حمایت زود هنگام از نوزادان و کودکان نوپای و اشنگتن و خط مشی سیستم پرداخت ها و هزینه ها را به همراه این IFSP دریافت کرده ام. در صورتی که بعداً تصمیم بگیرم که با هر یک از تصمیم گیری های مربوط به صورت حساب بیمه عمومی یا خصوصی، اعمال هزینه ها و/یا تعیین توانایی یا عدم توانایی پرداخت مخالف هستم، این خط مشی اقدامات حفاظتی رویه ای و گزینه های حل اختلافی که می توانم استفاده کنم را مشخص می کند. این حقوق برای من توضیح داده شده است و من آن ها را می فهمم.

امضاء (های) (یکمورد را تیک بزنید): ولی/اولیا قیم قانونی ولی جایگزین تاریخ

شرکت کنندگان IFSP که در جلسه IFSP حضور داشتند:			
نام چاپی و امضاء	نقش/سازمان	امضاء	تاریخ
افراد ذیل در جلسه حضور نیافتند اما از طریق کنفرانس تلفنی یا به صورت کتبی در جلسه شرکت کردند (مورد را مشخص کنید):			
نام چاپی و امضاء	نقش/سازمان	امضاء	کنفرانس تلفنی/کتبی