



**婴幼儿早期支持计划
COVID-19 IFSP 复审表**

**Early Supports for Infants and Toddlers COVID-19 IFSP
Review Form**

(针对在非自然环境中最多进行三次访问)

- 此 IFSP 复审表是加快 IFSP 复审流程的短期措施。FRC 可以选择遵循标准流程在 DMS 中完成 IFSP 复审。
- 在 DMS 中完成完整的 IFSP 复审将需要在非自然环境中进行三次以上的访问。
- 完成此加快 IFSP 复审表之前，必须向家庭提供事先书面通知、家长权利和程序保障。
- 在非自然环境中完成第一次访问之前，此表必须由 IFSP 小组填写，由家长/看护人签字，并上传到 ESIT 数据管理系统(DMS)中的儿童文件中。
- 此表会在下一次 IFSP 审核时或 EIPA 进入 ESIT 第三阶段（重新进入全面服务）时到期。

向家庭提供事先书面通知、家长权利和程序保障的日期:

机构名称:

FRC 名称:

儿童姓名:

儿童出生日期:

当前的 IFSP 日期:

下一次 IFSP 复审的日期:

1. 确定需要在非自然环境中进行访问的 IFSP 结果?
2. 详细说明为什么上述 IFSP 结果需要在非自然环境中进行访问?
3. 指出小组为在自然环境中提供服务而探索的所有选项?
 虚拟 电话 文本 电子邮件 邮寄 户外 其他:
4. 访问将发生在哪里?
5. 提供一项计划以在自然环境中恢复持续服务:

IFSP 签名页

同意：

本人参与了此 IFSP 的制定，并同意华盛顿州婴幼儿早期支持计划和服务提供商开展 IFSP 中列出的活动。同意是指，本人已经以本人的母语或其他交流方式，完全知晓寻求同意的活动的的所有相关信息；了解并书面同意执行寻求同意的活动；同意书中描述将发布的活动和记录清单（如果有）及向谁发布；给予本人同意是自愿的，并可随时书面撤销。此类撤销不具有追溯效力（不适用于撤销同意之前发生的任何行为。）

本人明白，本人可以接受或拒绝任何早期干预服务（家庭资源协调条例规定的必要程序功能除外），并可在首次接受该服务后拒绝此类服务，而不会损害本人的孩子或家人通过华盛顿州婴幼儿早期支持计划获得的任何其他早期干预服务。（注意：在适当的情况下，填写“拒绝一项或多项早期干预服务”或“拒绝参与 ESIT 计划”表格。）

本人了解，本人的 IFSP 将在负责实施该 IFSP 的早期干预服务提供者和计划管理员之间共享。

本人已收到华盛顿州婴幼儿早期支持计划、残疾人教育法 (IDEA) C 部分程序保障[父母权利]以及此 IFSP 的副本。这些信息包括投诉程序及本人以后决定不同意任何裁决时可能使用的时间表。这些权利已经向本人解释过，本人理解它们。

本人已收到华盛顿州婴幼儿早期支持计划、缴费制度政策及此 IFSP 的副本。此政策确定了程序保障措施和争议解决方案，而如果本人以后决定不同意与公共或私人保险收费、缴费和/或确定支付能力或无能力相关的任何裁决，本人可以使用它们。这些权利已经向本人解释过，本人理解它们。

签名人（请勾选一项）： 家长 法定监护人 代理家长

签名

工整填写姓名

日期

参与此 IFSP 复审会议的 IFSP 小组成员：

工整填写姓名/ 证明：	签名：	角色/机构：	日期：	参与方式： 请勾选一项
				<input type="checkbox"/> 电话会议 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 书面
				<input type="checkbox"/> 电话会议 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 书面
				<input type="checkbox"/> 电话会议 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 书面
				<input type="checkbox"/> 电话会议 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 书面
				<input type="checkbox"/> 电话会议 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 书面

ARCHIVED