



IIIa- برآورد تیم

| جنبه رشد | نتایج برآورد رشدی (می تواند شامل سطوح یا دامنه های سنی باشد) | روش ها / وسایل بکار رفته | تاریخ ارزیابی سن تقویمی (CA) سن عقلی (AA) | حروف اول نام برآورد کننده / برآورد کنندگان |
|---|---|--------------------------|---|---|
| ذهنی (تفکر و یادگیری) | | | تاریخ : خ CA: AA: | |
| ارتباط های بیانی (ایجاد صدا، ژست گیری و صحبت) | | | تاریخ : خ CA: AA: | |
| ارتباط های دریافتی (فهم اصوات، کلمات و ژست ها) | | | تاریخ : خ CA: AA: | |
| مهارت های حرکتی عمده (تکان دادن و بکار بردن عضلات بزرگ) | | | تاریخ : خ تاریخ : خ | |
| مهارت های حرکتی ظریف (استفاده از دست ها و انگشتان) | | | تاریخ : خ CA: AA: | |
| اجتماعی / احساسی (حشر و نشر با دیگران) | | | تاریخ : خ CA: AA: | |
| اقتباسی (غذا دادن / غذا خوردن، لباس پوشیدن و خوابیدن) | | | تاریخ : خ CA: AA: | |

بینایی :

شنوایی :

واجد شرایط بودن برای خدمات بخش ج :

کودک برای خدمات بخش ج واجد شرایط است زیرا او در چنین وضعیتی است (یک یا چند مورد زیر را چک کنید و اسم هر کدام را نوشته یا آن را تعریف کنید)

تاخیر ۲۵ درصد در رشد در یک یا چند جنبه (تکرار کنید):

رشد و / رفتار غیر عادی (بیان کنید):

یک وضعیت تشخیص داده شده که احتمال می رود به تاخیر در رشد منجر شود (نام ببرید):

کودک برای خدمات بخش - واجد شرایط نیست زیرا معیارهای فوق در مورد او صدق نمی کند. از این فرم فقط به عنوان سابقه برآورد استفاده می شود.



→ نام کودک _____
→ تاریخ تولد _____
→ تاریخ IFSP _____

IIIb - برآورد تیم - گفتاری (دنباله)

توصیه درباره مداخله:

افراد زیر در برآورد شرکت داشتند (نام با حروف بزرگ، مدارک یا سوابق کاری، نقش / سازمان، امضاء، تاریخ):



→ نام کودک _____
→ تاریخ تولد _____
→ تاریخ IFSP _____

IV نتایج مداخلات قبل از موقع

تاریخ مرور:

تاریخ پایان:

تاریخ شروع:

نتیجه (هدف دراز مدت) شماره 1:

برای آن که بتوان به کودک و خانواده کمک کرد تا حمایت ها و خدمات مورد نیاز را دریافت کند، هماهنگ کننده خدمات / مدیر پرونده عقب ماندگی ذهنی مورد اشاره، تضمین خواهد نمود که:

- IFSP به نگرانی ها، ارجحیت ها و منابع شناسایی شده خانواده خواهد پرداخت؛
- تناسب و کفایت خدمات رعایت خواهد شد؛
- خانواده از خدمات راضی خواهد بود؛ و
- از حقوق افرادی که خدمات را دریافت می کنند حفاظت می شود.

تاریخ رسیدن به
هدف

تاریخ مورد نظر

هدف های کوتاه مدت

در رابطه با ایجاد و بررسی مداوم و تجدید نظر در برنامه خدمات انفرادی خانواده (IFSP) به خانواده کمک می کند.

حمایت های شناسایی شده توسط خانواده را عرضه می کند تا منابع خود را از جمله برای موارد زیر مورد استفاده قرار دهد:

| هدف های کوتاه مدت | تاریخ مورد نظر | تاریخ رسیدن به هدف |
|---|----------------|--------------------|
| در رابطه با ایجاد و بررسی مداوم و تجدید نظر در برنامه خدمات انفرادی خانواده (IFSP) به خانواده کمک می کند. | | |
| حمایت های شناسایی شده توسط خانواده را عرضه می کند تا منابع خود را از جمله برای موارد زیر مورد استفاده قرار دهد: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

هماهنگی خدمات / فعالیت های مدیریت پرونده (مداخلات):

- حفظ تماس مداوم با خانواده جهت ردیابی خدمات (ارتباط حداقل ماهی یک بار انجام می شود و جلسات رو در رو حداقل هر 90 روز یک بار صورت می گیرد).
- تماس های تلفنی / تماس های شخصی با خانواده و افراد / سازمان هایی که حمایت، کمک و خدمات عرضه می کنند.
- ارتباط دادن خانواده با منابع مناسب اجتماعی .
- بررسی خدمات حداقل هر سه ماه یک بار.
- همکاری در حل مسائل.

هماهنگ کننده خدمات / مدیر پرونده عقب ماندگی ذهنی (نام با حروف بزرگ ، مدارک یا سوابق کاری ، سازمان، امضاء، تاریخ)

اظهار نظر های مربوط به پیشرفت (حدی که نتایج دلخواه حاصل شده و تجدید نظر های لازم):

نتیجه برنامه در این تاریخ مرور شد:

بوسیله:



→ نام کودک _____
→ تاریخ تولد _____
→ تاریخ IFSP _____

IV – نتایج مداخله اولیه

تاریخ که نتایج حاصل شده است : _____
تاریخ مورد نظر: _____
نتیجه (هدف عملکردی دراز مدت) # _____
تاریخ تجدید نظر: _____

یادگیری فرصت ها و فعالیت هائی که بر مبنای منافع و توانائی های کودک و خانواده بنا شده است:

| تاریخ رسیدن به | تاریخ مورد نظر | هدف های کوتاه مدت |
|----------------|----------------|-------------------|
|----------------|----------------|-------------------|

مداخلات (مراحل معالجه و/ یا اطمینان از عملی بودن یا غیر عملی بودن اهداف) توجه: این قسمت فقط بعد از تصمیم گیری درباره همه نتایج باید تکمیل شود.

اظهار نظرهای مربوط به پیشرفت (درجاتی که طبق آن نتیجه حاصل شده و تجدید نظرهای لازم) :



→ نام کودک _____

→ تاریخ تولد _____

→ تاریخ IFSP _____

IV- نتایج مداخله اولیه

| تاریخ پایان | تاریخ شروع | شخص مسنول | برنامه ها و فعالیت های انتقال |
|----------------------|------------|-----------|--|
| | | | ۱. این موضوع را مورد بحث قرار دهید که " انتقال " از مداخله اولیه به چه معنی است و ما برای برنامه ریزی این انتقال چه می توانیم بکنیم. |
| | | | ۲. واجد شرایط بودن و راهنمایی های مربوط به سن را در رابطه با مداخله اولیه مورد بحث قرار دهید تا بدین طریق متوجه شویم چه هنگام کودک ما ممکن است دیگر برای خدمات مداخله ای اولیه واجد شرایط نباشد. |
| | | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> من نمی خواهم این اطلاعات به جای دیگری منتقل شود. حروف اول نام والد/ تاریخ </div> <p>نام ، آدرس ، شماره تلفن و تاریخ تولد فرزند ما حداکثر تا تاریخ _____ به مدرسه ناحیه _____ فرستاده خواهد شد، مگر آن که با این موضوع موافق نباشیم.</p> |
| | | | ۶. به ما کمک کنید خدمات و آموزش ویژه قبل از دبستان و نیز سایر برنامه های اختیاری اجتماعی که در اختیار فرزند ما است را از نزدیک بشناسیم، از جمله واجد شرایط بودن برای برنامه ، آخرین تاریخی که می توان کودک را به این برنامه معرفی کرد تا تضمینی باشد برای این موضوع که در عرضه خدمات به ما وقفه ای پیش نمی آید، و کسی که برای کسب اطلاعات بیشتر می توانیم با او صحبت کنیم.(آخرین تاریخ: _____) |
| | | | ۵. به فرزند ما کمک کنیم آموختن مهارت های جدیدی را که برای بهتر جا افتادن در محل جدید بدان نیاز دارد آغاز کند و به آن محل عادت کند (مراجعه کنید به نتیجه / نتایج شماره: _____) |
| | | | ۶. با اجازه ما ، اطلاعات بخصوصی را در اختیار ارائه دهنده خدمات یا برنامه بعدی بگذارید (مثلا گزارش های مربوط به برآورد ، IFSP ، و غیره). |
| | | | ۷. ملاقاتی را بین خانواده ما ، هماهنگ کننده خدمات ، و کسی از برنامه جدید ترتیب دهید تا برای چگونگی ترتیب انتقال برنامه ریزی کنیم. |
| | | | ۸. به کودک و خانواده ما کمک کنید برای تغییر خدمات آماده شویم تا بدین وسیله بتوانیم به راحتی از یک برنامه به برنامه دیگر منتقل شویم (مثلا ملاقات با معلم جدید، بازدید از یک کلاس، تماس تلفنی با مسئولین برنامه در ناحیه ای که می خواهیم به آن نقل مکان کنیم). |
| اقدامات اضافی | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



VII – موافقتنامه برنامه خدمات انفرادی خانوادگی (IFSP)

پرداخت

- هماهنگی خدمات، برآورد ها و تخمین ها، و بوجود آوردن این برنامه بطور رایگان به ما عرضه می شود و در این رابطه صورتحسابی برای هیچ بیمه خصوصی فرستاده نخواهد شد.
- هر جا که مناسبیت داشته باشد، چنانچه رضایت دهم صورتحساب سایر خدمات از نظر پزشکی لازم برای بیمه بهداشتی من فرستاده خواهد شد.
- من مسئول پرداخت سهمیه های خودمان، دیداکتیل ها، و غیره و همچنین هزینه خدماتی که زیر پوشش نیستند خواهم بود. اگر از عهده پرداخت این خدمات برنیایم، مخارج ممکن است مطابق با سیستم پرداخت هزینه که توانائی پرداخت ما را برآوری می کند کاهش یابد.
- منابع مالی عمومی که تحت بخش ج قانون آموزش افراد دارای معلولیت قرار دارند ممکن است برای حمایت از خدمات مداخله ای اولیه مورد استفاده قرار گیرند و این تنها در صورتی است که همه منابع مالی دیگر به پایان رسیده باشد.

رضایت والدین برای عرضه خدمات مداخله ای اولیه

من یک کپی حقوق خانواده تحت قسمت ج IDEA (اطلاعیه حقوق کودک و خانواده در بخش ج سیستم مداخله اولیه وابستگی نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا) و یک کپی "حقوقی درباره هزینه های خانواده" (برای IFSP سالیانه) را همراه با این IFSP دریافت داشته ام. این حقوق و همچنین اطلاعات مربوط به پرداخت های خانوادگی برای من شرح داده شده و من آنها را می فهمم. من در بوجود آوردن این برنامه خدمات انفرادی خانوادگی IFSP شرکت کردم و من رضایت آگاهانه خود را برای سیستم وابستگی نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا و نیز نسبت به ارائه دهندگان خدمات ابراز داشتم تا بدین وسیله آنها بتوانند فعالیت های ذکر شده در این برنامه خدمات انفرادی خانوادگی (IFSP) را به انجام برسانند.

رضایت من بدین معنی است که: من از همه اطلاعات مربوط به آنچه که رضایت من نسبت به آن درخواست شده به زبان بومی خود (مگر آن که کاملاً روشن بوده که این کار عملی نیست) یا طریق دیگر ارتباط بطور کامل آگاه شده ام؛ من این موضوع را می فهمم و کتباً رضایت می دهم که فعالیت هائی که رضایت من نسبت به آن درخواست شده به انجام برسد. این رضایت آن فعالیت (یا فعالیت ها) را بیان می کند؛ و رضایت دادن من اختیاری است و در هر زمان می توان بطور کتبی آن را لغو کرد.

من متوجه این موضوع هستم که می توانم خدمت یا خدماتی را رد کنم بدون آن که هیچ کدام از خدمات دیگر مداخله اولیه را که فرزند یا خانواده ام از طریق سیستم وابستگی نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا دریافت می کنند به خطر اندازم.

من متوجه این موضوع هستم که IFSP من بین سیستم وابستگی نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا و ارائه دهندگان خدمات بکار گیرنده این IFSP درمیان گذاشته خواهد شد.

تاریخ _____ محل امضای (یکی را علامت بزنید): والد جانشین سرپرست قانونی والد (والدین)

سایر شرکت کنندگان IFSP (نام و نام خانوادگی با حروف بزرگ، سوابق و تحصیلات، نقش / سازمان، امضاء، تاریخ):

افراد زیر از طریق کامپیوتر یا بطور کتبی شرکت کردند (مشخص کنید کدام طریق):

مترجم/ مترجم حضوری (اگر از مترجم استفاده شده):

اسناد مربوطه زیر ضمیمه می شود:

رونوشت به:



→ نام کودک _____

→ تاریخ _____

→ تاریخ تولد _____

VII – سابقه بررسی IFSP بررسی IFSP

تاریخ بررسی: _____ بعثت درخواست توسط: _____ بررسی شش ماهه هدف از بررسی: _____

خلاصه (دلیل هر تغییری را که از این بررسی ناشی شده نیز ذکر کنید):

تغییر (یا تغییرات):

تاریخ اجرای تغییرات:

رضایت والدین

من یک کپی حقوق خانواده تحت قسمت ج IDEA (اطلاعیه حقوق کودک و خانواده در بخش ج سیستم مداخله اولیه وابستگی نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا) را همراه با این IFSP دریافت داشته ام. این حقوق و همچنین اطلاعات مربوط به پرداخت های خانوادگی برای من شرح داده شده و من آنها را می فهمم. من در بوجود آوردن این برنامه خدمات انفرادی خانوادگی (IFSP) شرکت کردم و من رضایت آگاهانه خود را برای سیستم وابستگی نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا و نیز نسبت به ارائه دهندگان خدمات ابراز داشتم تا بدین وسیله آنها بتوانند هرگونه تغییر ذکر شده در این سابقه بررسی برنامه خدمات انفرادی خانوادگی (IFSP) را به انجام برسانند.

رضایت من بدین معنی است که من از همه اطلاعات مربوط به آنچه که رضایت من نسبت به آن درخواست شده به زبان بومی خود (مگر آن که کاملاً روشن بوده که این کار عملی نیست) یا طریق دیگر ارتباط بطور کامل آگاه شده ام؛ من این موضوع را می فهمم و کتباً رضایت می دهم که فعالیت هائی که رضایت من نسبت به آن درخواست شده به انجام برسد. این رضایت آن فعالیت (یا فعالیت ها) را بیان می کند؛ و رضایت دادن من اختیاری است و در هر زمان می توان بطور کتبی آن را لغو کرد.

من متوجه این موضوع هستم که می توانم خدمت یا خدماتی را رد کنم بدون آن که هیچ کدام از خدمات دیگر مداخله اولیه را که فرزند یا خانواده ام از طریق سیستم وابستگی نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا دریافت می کنند به خطر اندازم.

من این مطلب را درک می کنم که IFSP من بین سیستم وابستگی نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا و ارائه دهندگان خدمات بکار گیرنده این IFSP در میان گذاشته خواهد شد.

محل امضاء (یکی را علامت بزنید): والد جانشین سرپرست قانونی والد (والدین) تاریخ: _____

سایر شرکت کنندگان IFSP (نام و نام خانوادگی با حروف بزرگ، سوابق و تحصیلات، نقش / سازمان، امضاء، تاریخ):

افراد زیر از طریق کامپیوتر یا بطور کتبی شرکت کردند (مشخص کنید کدام طریق):

فقط برای مقاصد مربوط به بیمه:

بدان گونه که در بالا بیان شده،

من گواهی می دهم و تصویب می کنم که خدمات برای این کودک از نظر پزشکی لازم است.

,M.D.

امضاء پزشک

تاریخ