

조기 개입 서비스는 연방 정부의 IDEA(장애인 교육법, Individuals with Disabilities Education Act)에 의해 자격이 있는 아동 및 그 가족에게 제공됩니다.

자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

Blank lined area for writing.

IIa. 아동 및 가족의 대표적 일상 및 지역 사회 활동

(저희가 바라는 것은 우리를 돕는 사람들이 우리의 일상과 활동을 아는 것입니다. 우리가 가는 장소 혹은 가기 좋아하는 장소, 우리가 함께 어울리는 사람들 혹은 어울리고 싶은 사람들, 우리가 하는 활동 혹은 우리가 하고 싶은 활동, 그리고 우리의 자녀가 즐기는 활동 등입니다)

가족을 위한 자발적 행위!
귀하의 자녀는 본 장을 완료한 경우 서비스를 계속 받을 수 있습니다.
_____ 부모가 본 정보를 제공하지 않기로 결정한 경우 이니셜을 적으십시오.
_____ 부모가 IFSP 에 본 정보를 포함시키지 않기로 결정한 경우 이니셜을 적으십시오.

Blank lined area for writing.

IIb. 가족이 확인한 자원, 우선 순위 및 우려

(우리를 돕는 사람들이 자녀의 발달에 대한 우려와 우려, 우리의 자원, 지원 그리고 서비스 또는 도움을 받아야 할 것에 대해 알기를 바랍니다.)



자녀의 이름 _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

IIIa. 팀 평가

발달 분야	발전 평가 결과 (연령 수준 또는 범위 포함 가능)	사용 방법/기구	평가 날짜 연도별 연령 수정 연령	평가자(들) 의 이니셜
인지 (사고 및 학습)			날짜 : CA: AA:	
표현 의사소통 (소리 내기, 제스처 및 대화)			날짜 : CA: AA:	
수용 의사소통 (소리, 단어 및 제스처 이해)			날짜 : CA: AA:	
대근육 운동 (큰 근육 움직임 및 사용)			날짜 : CA: AA:	
소근육 운동 (손 및 손가락 사용)			날짜 : CA: AA:	
사회/감정 (타인과 상호 작용)			날짜 : CA: AA:	
적응력 (섭생/섭취, 옷입기 및 수면)			날짜 : CA: AA:	
시력:				
청력:				
Part C 서비스 자격: <input type="checkbox"/> 다음에 따라 Part C 서비스의 자격이 있는 아동임 (하단 및 목록 또는 각 설명에서 하나 또는 그 이상 체크) <input type="checkbox"/> 하나 이상의 분야에서 25%의 발달 지체 (목록): _____				

추천 서비스는 5 페이지 및 6 페이지에 나열되어 있습니다.



자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

IIIb. 팀 평가 – 이야기

조기 개입 서비스의 이득에 대한 추천: _____

다음은 평가에 참여한 사람들입니다 (정자체 성명, 자격 증명, 역할/조직/서명, 날짜):

다음 페이지로 이어짐

추천 서비스는 5 페이지, 6 페이지에 나열되어 있습니다.

자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

IV. 조기 개입의 결과 재검토 날짜: _____

결과 (장기 목적 I) # 1 : _____ 시작일: _____ 마감일: _____

필요한 지원 및 서비스를 받는 아동과 가족을 돕기 위해 서비스 진행자/목표한 정신 지능발달 지연 사례 관리자는 다음을 확인하게 됩니다.

- 가족의 확인된 우려, 우선 순위 및 자원이 IFSP 에 지적되어 있는지
- 서비스의 적합성 및 타당성
- 서비스에 대한 가족의 만족, 그리고
- 소비자 권리 보호

단기 목적	목표 날짜	맞춘 날짜
IFSP 의 구축 및 지속적인 재검토와 수정에서 가족 보조	_____	_____
가족이 다음 자원에 포함하도록 확인한 지원 제공.	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

서비스 진행/사례 관리 활동 (개입):

- 서비스 모니터링을 위해 가족과 지속적인 연락 유지 (최소한 한 달에 한 번 의사 소통, 최소 90 일마다 면담).
- 가족 및 지원, 보조 및 지원을 제공하는 개인/기관과 전화 통화/개인적 접촉.
- 가족을 적절한 지역 사회 자원과 연결
- 최소한 분기별로 서비스 재검토
- 문제 해결 보조

서비스 진행자/정신 지능발달 지연 사례 관리자 (정자체 성명, 자격 증명, 역할/조직/ 서명, 날짜)

진행 상황에 대한 논평 (원하는 결과 및 필요한 개정 정도):



자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

IV. 조기 개입의 결과

재검토 날짜: _____

결과(장기 기능적 목표) # _____ 목표 날짜: _____ 맞춘, 변경 혹은 끝난 날짜: _____

아동 및 가족의 이해 및 능력에 구축된 학습 기회 및 활동:

단기 목표	목표 날짜	맞춘 날짜
-------	-------	-------

개입 (처리 절차 및/혹은 양식) 주: 본 장은 모든 결과를 결정한 이후 작성 완료하여야 합니다.

진행 상황에 대한 논평 (원하는 결과 및 필요한 개정 정도):

결과 계획을 재검토 한 날짜 _____ 재검토한 사람 _____



자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

V. 조기 개입 결과 달성에 필요한 서비스

IFSP 팀이 사회 서비스가 필요하다고 동의했습니다 (아동의 특별한 필요를 이해하도록 가족을 돕기 위한 카운셀링 서비스). 예 ___ 아니오 ___

서비스	기관명, 주소, 전화번호	빈도수; 집중도; 방법 (# x/wk; # 분/방문; 그룹 혹은 개인)	자연 환경/위치* (하단에 정당화 된 경우를 제외하고는 반드시 자연 환경 구성이어야 함)	지불 (가족 보험, 메디케이드, Part C, 기타...)	시작일	계획된 종료일	실제 종료일
서비스 진행							

*자연 환경 내에서 만족스러운 조기 개입 결과를 성취할 수 없는 이유의 정당화:

서비스 면제 계획: 조기 개입 서비스는 본 결과를 달성하는 데 서비스가 더 이상 필요없다고 IFSP 팀이 결정한 경우 서비스는 중단됩니다. (자세한 사항은 7 페이지 참조).

VII. 기타 서비스 (필요하지만 Part C 하에서 자격이 없는 서비스 - 의학적 목적을 위한 전문가의 아동 확인, 사후 점검 등 포함)

서비스	제공자	장소	안정적 서비스 확보를 위한 기금 마련 자원 혹은 단계
-----	-----	----	-------------------------------



자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

VI. 전환 계획

전환 계획 및 활동	책임자	시작일	완료일
<input type="checkbox"/> 1. 조기 개입으로부터의 “ 전환” 이 무엇인지, 그리고 본 수립하기 위해 우리가 할 수 있는 일을 논의합니다. _____			
본 정보가 전송되는 것을 원치 않습니다. 부모 이니셜/날짜			
<input type="checkbox"/> 2. 조기 개입의 자격 및 제한 연령을 논의하여 우리 자녀가 언제부터 조기 개입 자격을 상실하게 되는지 이해합니다. _____			
<input type="checkbox"/> 3. 우리가 이견이 없는 이상 학교로 자녀의 이름, 주소, 전화번호 및 날짜를 보낸 후 출신 학교 이전에 부서로 _____ 우리가 이견이 없는 이상			
<input type="checkbox"/> 4. 프로그램 자격, 서비스 간의 간격이 없도록 하기 위해 프로그램으로 위탁할 수 있는 최종일 및 자세한 정보를 얻기 위해 우리가 얘기를 할 수 있는 사람을 포함하여 우리 자녀를 위한 기타 지역 사회 프로그램 뿐 아니라 보육원 특수 교육 서비스를 탐색할 수 있도록 우리를 도와줍니다. . (최종일: _____)			
<input type="checkbox"/> 5. 우리 자녀가 새로운 장소에 더 잘 적응하기 위해 필요한 새로운 기술 습득을 시작하도록 도와줍니다 (결과(들) 참조 # _____)			
<input type="checkbox"/> 6. 우리의 승인 하에 향후 서비스 제공자 혹은 프로그램에 구체적인 정보를 제공합니다 (예: 사정 보고서, IFSP 등)			
<input type="checkbox"/> 7. 전환을 하나갈 방법에 대한 계획을 세우기 위해 우리 가족, 서비스 진행자 및 새로운 프로그램 관련자와 회의의 스케줄을 잡습니다.			

<input type="checkbox"/> 8. 우리 자녀 및 가족이 변화에 준비할 수 있도록 도와주어 우리가 각 서비스 사이를 무리 없이 진행할 수 있도록 해줍니다 (예: 새로운 교사 만남, 교실 방문, 우리가 앞으로 받게 될 지역의 프로그램에 대해 전화 상담).			
추가 단계			

버지니아주의
영유아 단체



자녀의 이름:

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

Page 8

VII. IFSP 동의

지불

- 서비스 진행, 평가 및 사정, 그리고 본 계획 구축은 무료로 우리에게 제공되었으며, 어떤 개인 보험에도 청구하지 않습니다.
- 적절한 경우, 본인의 건강 보험에서 본인의 동의 하에 기타 의학적으로 필요한 서비스에 대한 비용을 지불할 것입니다.
- 본인은 공동 지불, 감면액, 기타, 그리고 적용되지 않는 서비스에 대해 비용을 지불할 책임이 있습니다. 서비스 비용을 감당할 수 없는 경우, 비용은 우리의 지불 능력 사정에 따른 비용 시스템에 따라 감면될 수 있습니다.
- IDEA 와 Part C 에 의한 공공 기금은 다른 기금 자원이 소진된 이후에만 조기 개입 서비스에서 사용될 수 있습니다.

조기 개입 서비스 조항에 대한 동의:

본인은 IDEA 의 Part C 에 의한 가족의 권리 사본(버지니아주의 영유아 단체(Infant & Toddler Connection of Virginia) Part C 조기 개입 시스템 아동 및 가족 보호조항 통지), 본 IFSP 와 함께 “ 가족 부담 비용에 관한 사실” (연례 IFSP)의 사본을 수령했습니다. 가족 비용에 대한 권리 및 정보는 이미 본인에게 설명이 되었으며, 본인은 이를 이해하고 있습니다. 본인은 IFSP 구축에 참여했으며, 버지니아주의 영유아 단체 시스템(Infant & Toddler Connection of Virginia system) 과 본 IFSP 에 나열된 활동(들)을 서비스 제공자가 수행하도록 하는 정보가 담긴 동의서를 제출했습니다.

동의란 본인의 모국어(명백히 불가능한 경우 제외) 또는 기타 커뮤니케이션 방법으로 본 동의가 추구하는 활동(들)에 대한 모든 정보를 완전히 제공받았으며, 본 동의서에서 구하는 활동(들)이 수행한다는 서면을 모두 이해하고 동의했으며, 본 동의서는 활동(들)을 설명하고 있으며, 그리고 본인이 승인한 동의는 자발적인 것이며 언제든지 서면으로 취소할 수 있는 것입니다.

본인은 이러한 서비스(들)를 축소하여도 버지니아 영유아 단체 시스템을 통해 본인의 자녀 또는 가족이 받는 조기 개입 서비스가 위태로워지지 않는다는 사실을 이해하고 있습니다.

본인은 본인의 IFSP 가 버지니아주의 영유아 단체 시스템과 본 IFSP 를 실행하는 서비스 제공자 사이에서 공유될 것이라는 사실을 이해하고 있습니다.

서명자(들) (하나 체크): 부모(들) 법적 보호자 부모 대리인 날짜

기타 IFSP 참여자 (정자체 성명, 자격 증명, 역할/조직, 서명, 날짜):

번역자/통역자 (본 서비스를 이용한 경우): _____



자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

VIII. IFSP 재검토 기록

IFSP 재검토 _____

재검토의 목적: 6 개월 재검토 재검토 신청자: _____ 재검토 날짜: _____

요약(본 재검토 결과 어떤 변경을 해야 할 이유 포함): _____

변경(들): _____

변경 효력 발생일:

다음 개인은 전자적 혹은 서면으로 참석한 사람입니다 (구체적 설명):

다음 관련 문서가 첨부된 곳은 다음과 같습니다: _____

복사본 제공: _____

부모의 동의

본인은 본 통지서와 함께 IDEA 의 Part C 에 의한 본인의 권리 사본(버지니아주의 영유아 단체(Infant & Toddler Connection of Virginia) Part C 조기 개입 시스템 아동 및 가족 보호조항 통지)을 수령했습니다. 본인은 본 권리에 대한 설명을 들었으며, 이를 이해하고 있습니다. 본인은 IFSP 재검토 구축에 참여했으며, 버지니아주의 영유아 단체 시스템(Infant & Toddler Connection of Virginia system)과 본 IFSP 재검토 기록에 나열된 활동(들)을 서비스 제공자가 수행하도록 하는 정보가 담긴 동의서를 제출했습니다.

동의란 본인의 모국어(명백히 불가능한 경우 제외) 또는 기타 커뮤니케이션 방법으로 본 동의가 추구하는 활동(들)에 대한 모든 정보를 완전히 제공받았으며, 본 동의서에서 추구하는 활동(들)이 수행한다는 서면을 모두 이해하고 동의했으며, 본 동의서는 활동(들)을 설명하고 있으며, 그리고 본인이 승인한 동의는 자발적인 것이며 언제든지 서면으로 취소할 수 있는 것입니다.

본인은 이러한 서비스(들)을 축소하여도 버지니아 영유아 단체 시스템을 통해 본인의 자녀 또는 가족이 받는 조기 개입 서비스가 위태로워지지 않는다는 사실을 이해하고 있습니다.

본인은 본인의 IFSP 가 버지니아주의 영유아 단체 시스템과 본 IFSP 를 실행하는 서비스 제공자 사이에서 공유될 것이라는 사실을 이해하고 있습니다.

서명자(들) (하나 체크): 부모(들) 법적 보호자 부모 대리인 날짜

기타 IFSP 참여자 (정자체 성명, 자격 증명, 역할/조직, 서명, 날짜):

다음 개인은 전자적 혹은 서면으로 참석한 사람입니다 (구체적 설명):

보험 목적으로만 사용:

본인은 본 아동에게 필요한 것을 확인하고 승인합니다.

위에 설명된 서비스는 의학적인 것입니다

, M.D.

의사의 서명

날짜