





Tên Đứa Bé: \_\_\_\_\_

Ngày IFSP: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Trang 3 \_\_\_\_\_

### IIIa. Đánh Giá của Nhóm

Lĩnh Vực Phát Triển	Kết Quả Đánh Giá Sự Phát Triển (Có thể bao gồm mức hay khoảng tuổi)	Những Phương Pháp / Phương Tiện Sử Dụng	Ngày Đánh Giá Tuổi Theo Thứ Tự Thời Gian (CA) Tuổi Được Điều Chỉnh (AA)	Chữ Ký Tắt của Người Đánh Giá
<b>Sự Nhận Thức</b> (Suy nghĩ và học hỏi)			Ngày: CA: AA:	
<b>Diễn Đạt Thông Tin</b> (Tạo tiếng động, khoa tay múa chân, và nói)			Ngày: CA: AA:	
<b>Tiếp Thu Thông Tin</b> (Hiểu các tiếng động, từ ngữ, và điệu bộ, cử chỉ)			Ngày: CA: AA:	
<b>Cơ Lớn</b> (Chuyển động và sử dụng những bắp thịt hay cơ lớn)			Ngày: CA: AA:	
<b>Cơ Nhỏ</b> (Dùng bàn tay và ngón tay)			Ngày: CA: AA:	
<b>Quan Hệ Giữa Người với Người/Xúc Cảm</b> (Tiếp xúc với những người khác)			Ngày: CA: AA:	
<b>Sự Thích Nghi</b> (Ăn uống, mặc áo quần, và ngủ)			Ngày: CA: AA:	

**Thị Giác :**

**Thính Giác:**

**Các Tiêu Chuẩn Cho Các Dịch Vụ Phần C:**

Đứa bé đạt tiêu chuẩn cho các dịch vụ Phần C vì đứa bé có (đánh dấu một hay nhiều hơn một ô thích hợp dưới đây và ghi tên hoặc trình bày từng điểm):

một sự chậm phát triển 25% trong một lĩnh vực hay nhiều hơn (liệt kê ra): \_\_\_\_\_

một sự phát triển và/hoặc hành động không điển hình (trình bày): \_\_\_\_\_

một trạng thái được chẩn đoán là rất có thể có sự chậm phát triển (nói rõ): \_\_\_\_\_

Đứa bé không đạt tiêu chuẩn nhận các dịch vụ Phần C vì đứa bé không đạt những tiêu chuẩn ở trên. Mẫu này chỉ dùng cho mục đích làm biên bản đánh giá mà thôi.







Tên Đứa Bé: \_\_\_\_\_

Ngày IFSP: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Trang 5 \_\_\_\_\_

## IV. Kết Quả của Việc Can Thiệp Sớm

Ngày Duyệt Lại: \_\_\_\_\_

Kết Quả (Mục Tiêu Lâu Dài) # 1 :

Ngày Bắt Đầu: \_\_\_\_\_

Ngày Kết Thúc: \_\_\_\_\_

Nhằm giúp đứa bé và gia đình đứa bé nhận được sự giúp đỡ và các dịch vụ mà họ cần, người điều hợp dịch vụ/Người Quản Lý Hồ Sơ Tâm Thần Chậm Phát Triển cam đoan:

- rằng kế hoạch IFSP sẽ để toàn tâm ý vào những mối quan tâm, ưu tiên, và tài lực mà gia đình đã nêu ra;
- sự thích hợp và thỏa đáng của các dịch vụ;
- sự thỏa mãn của gia đình với các dịch vụ; và
- rằng quyền của người tiêu thụ được bảo vệ.

Các Mục Tiêu Ngắn Hạn	Ngày Mục Tiêu	Ngày Đạt Mục Tiêu
Hỗ trợ gia đình với việc khai triển, tiếp tục duyệt và sửa lại kế hoạch IFSP.	_____	_____
Đem lại các sự trợ giúp mà gia đình nêu ra bao gồm các nguồn tài lực dành để:	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Các Việc Làm của Người Điều Hợp Dịch Vụ/Quản Lý Hồ Sơ** (Trong việc can thiệp):

- Giữ liên lạc thường xuyên với gia đình để theo dõi dịch vụ (*liên lạc nói chuyện ít nhất mỗi tháng; gặp mặt ít nhất mỗi 90 ngày*).
- Gọi điện thoại/gặp mặt với gia đình và với những cá nhân/cơ quan cung cấp dịch vụ và sự giúp đỡ.
- Liên kết gia đình với những nguồn hỗ trợ thích hợp trong cộng đồng.
- Duyệt lại các dịch vụ ít nhất mỗi ba tháng.
- Trợ giúp giải quyết vấn đề.

**Người Điều Hợp Dịch Vụ/Quản Lý Hồ Sơ Tâm Thần Chậm Phát Triển** (Ghi tên, văn bằng, tổ chức, chữ ký, ngày)

**Bình luận về sự tiến triển** (Mức độ kết quả đạt được và những sự sửa đổi nếu cần):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kết quả kế hoạch được duyệt lại vào \_\_\_\_\_ bởi \_\_\_\_\_

Tên Đứa Bé: \_\_\_\_\_

Ngày IFSP: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Trang 5 \_\_\_\_\_

#### IV. Kết Cục của Việc Can Thiệp Sớm

Ngày Duyệt Lại: \_\_\_\_\_

Kết Cục (Mục Tiêu Lâu Dài) # \_\_\_\_\_ Ngày Mục Tiêu: \_\_\_\_\_ Ngày Đạt, Thay Đổi, Chấm Dứt Mục Tiêu: \_\_\_\_\_

---

---

---

Những cơ hội và hoạt động học hỏi được xây dựng trên những ý thích và khả năng của đứa bé và gia đình đứa bé:

---

---

---

Các Mục Tiêu Ngắn Hạn	Ngày Mục Tiêu	Ngày Đạt Mục Tiêu
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Những Sự Can Thiệp** (Những phương pháp và/hoặc phương thức chữa trị) khi đã định ra được hết tất cả kết cục.

**GHI CHÚ:** Phần này chỉ nên được hoàn tất sau

---

---

---

**Bình luận về sự tiến triển** (Mức độ mà kết cục đạt được và những sự sửa đổi nếu cần):

---

---

---

Tên Đứa Bé: \_\_\_\_\_

Ngày IFSP: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Trang 6 \_\_\_\_\_

## V. Những Dịch Vụ Cần Có Để Đạt Được Các Kết Cục của Việc Can Thiệp Sớm

Nhóm IFSP đồng ý rằng các dịch vụ xã hội là bắt buộc (dịch vụ cố vấn nhằm hỗ trợ gia đình hiểu các nhu cầu đặc biệt của con họ. Có \_\_\_ Không \_\_\_)

DỊCH VỤ	TÊN CƠ QUAN, SỐ ĐỊA CHỈ, ĐIỆN THOẠI	SỐ LẦN; THỜI GIAN; PHƯƠNG PHÁP (# x/wk; # phút/mỗi lần viếng thăm; nhóm hay cá nhân)	MÔI TRƯỜNG TỰ NHIÊN/ ĐỊA ĐIỂM* (Phải là một khung cảnh tự nhiên trừ khi có lý do chính đáng bên dưới)	TRẢ TIỀN (Bảo hiểm gia đình, Medicaid, Phần C, cách khác...)	NGÀY BẮT ĐẦU	NGÀY DỰ ĐOÁN KẾT THÚC	NGÀY THẬT SỰ KẾT THÚC
Điều Hợp Dịch Vụ							

\*Lý lẽ bảo chữa tại sao các kết cục của việc can thiệp sớm không thể đạt được một cách thỏa mãn trong khung cảnh tự nhiên:

**Hoạch Định Việc Ra Khỏi Chương Trình:** Các dịch vụ can thiệp sớm sẽ được chấm dứt khi nhóm IFSP quyết định rằng những dịch vụ này không còn cần thiết để đạt được kết quả. (Xin xem chi tiết ở trang 7).

**VII. Các Dịch Vụ Khác** (Các dịch vụ thì cần nhưng không được phép theo Phần C – gồm các dịch vụ y khoa như kiểm tra sức khỏe em bé, theo dõi với các nhà chuyên khoa vì mục đích y khoa, v.v....)

DỊCH VỤ	NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ	ĐỊA ĐIỂM	NGUỒN TÀI TRỢ HOẶC NHỮNG BƯỚC CẦN CÓ ĐỂ BẢO ĐẢM CÓ ĐƯỢC CÁC DỊCH VỤ

Tên Đứa Bé: \_\_\_\_\_

Ngày IFSP: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Trang 7 \_\_\_\_\_

## VI. Kế Hoạch Chuyển Tiếp

CÁC KẾ HOẠCH VÀ HOẠT ĐỘNG CHUYỂN TIẾP	NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM	NGÀY BẮT ĐẦU	NGÀY HOÀN TẤT
<input type="checkbox"/> 1. Thảo luận “việc chuyển tiếp” từ việc can thiệp sớm có nghĩa là gì và chúng tôi có thể làm gì để hoạch định cho việc chuyển tiếp này.			
<input type="checkbox"/> 2. Thảo luận các hướng dẫn về việc đạt tiêu chuẩn và tuổi tác cho các dịch vụ can thiệp sớm để chúng tôi biết khi nào con chúng tôi không còn đạt tiêu chuẩn hưởng các dịch vụ can thiệp sớm.			
<input type="checkbox"/> 3. Tên, địa chỉ, số điện thoại và ngày sinh của con tôi sẽ được gửi đến cho phân khu trường trước ngày _____ từ khi chúng tôi không đồng ý.	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           Tôi không muốn tin tức thông tin này được chuyển giao             Chữ ký tắt của phụ huynh/ Ngày         </div>		
<input type="checkbox"/> 4. Giúp chúng tôi tìm hiểu những dịch vụ giáo dục đặc biệt trước tuổi đi học cũng như những chương trình cộng đồng khác cho con tôi, gồm: việc đạt tiêu chuẩn cho chương trình, ngày cuối cùng có thể được giới thiệu đến chương trình để bảo đảm rằng chúng tôi không bị có khoảng trống giữa các dịch vụ, và người mà chúng tôi có thể nói chuyện để biết thêm chi tiết. (Ngày cuối: _____)			
<input type="checkbox"/> 5. Giúp con chúng tôi bắt đầu học hỏi những kỹ năng mới cần thiết để có thể hòa nhập với môi trường mới (xem phần Các Kết Quả) # _____.			
<input type="checkbox"/> 6. Với sự cho phép của chúng tôi, cung cấp những tin tức thông tin đặc trưng cho nhà cung cấp dịch vụ hay chương trình tương lai (ví dụ như báo cáo lượng định, IFSP, v.v....)			
<input type="checkbox"/> 7. Sắp xếp lịch trình gặp gia đình chúng tôi, người điều hợp dịch vụ, và một người từ chương trình mới để hoạch định việc chuyển tiếp của chúng tôi.			
<input type="checkbox"/> 8. Giúp con tôi và gia đình chúng tôi chuẩn bị cho những sự thay đổi dịch vụ để chúng tôi có thể dời từ một chương trình này qua một chương trình khác một cách trôi chảy (ví dụ như gặp giáo viên mới, viếng thăm lớp học, nói chuyện qua điện thoại với chương trình trong vùng mà chúng tôi dời tới).			
<b>Những Bước Phụ Thêm</b>			

Tên Đứa Bé: \_\_\_\_\_

Ngày IFSP: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Trang 8 \_\_\_\_\_

## VII. THỎA THUẬN IFSP

### Trả Tiền

- Việc điều hợp chương trình, đánh giá và lượng định, và khai triển kế hoạch này được cấp cho chúng tôi hoàn toàn miễn phí và sẽ không tính tiền bất cứ hãng bảo hiểm tư nhân nào.
- Hãng bảo hiểm của tôi sẽ bị tính tiền cho những dịch vụ y khoa cần thiết khác, khi thích hợp, nếu được tôi ưng thuận.
- Tôi chịu trách nhiệm trả các khoản trả chung, các khoản khấu trừ, v.v... và những dịch vụ không được chi trả trong chương trình. Nếu tôi không thể trả nổi các chi phí dịch vụ, các lệ phí có thể được giảm theo hệ thống lượng định khả năng trả tiền lệ phí của chúng tôi.
- Những quỹ tài trợ công cộng theo *Phần C của Đạo Luật Giáo Dục Dành Cho Các Cá Nhân Bị Tàn Tật* có thể được dùng để hỗ trợ các dịch vụ can thiệp sớm chỉ sau khi tất cả các nguồn tài trợ khác đã cạn.

### Sự Ưng Thuận của Phụ Huynh Cho Cung Cấp Các Dịch Vụ Can Thiệp Sớm:

Tôi đã nhận được tài liệu về quyền gia đình thuộc Phần C của Đạo Luật Giáo Dục Dành Cho Những Cá Nhân Bị Tàn Tật (là bản *Thông Cáo Về Quyền Trẻ Em và Gia Đình trong Hệ Thống Can Thiệp Sớm Phần C Infant & Toddler Connection of Virginia*) và tài liệu "Các Điều Cần Biết Về Các Khoản Lệ Phí Gia Đình" (cho kế hoạch IFSP hàng năm) cùng với kế hoạch IFSP này. Tôi đã được giải thích những quyền này và tin tức thông tin về các khoản lệ phí gia đình và tôi hiểu chúng. Tôi đã tham dự trong việc khai triển kế hoạch IFSP này và tôi cho phép hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia và những cơ quan cung cấp dịch vụ được thực hiện những việc được liệt kê ra trong kế hoạch IFSP này.

Sự cho phép có nghĩa rằng: tôi đã được trình bày cho biết rõ tất cả tin tức thông tin về những việc mà cần có sự cho phép của tôi, qua tiếng mẹ đẻ của tôi (trừ khi rõ ràng là không thể làm như vậy) hoặc qua những cách truyền đạt thông tin khác; rằng tôi hiểu và đồng ý trên giấy tờ cho phép thực hiện những việc mà cần có sự cho phép của tôi; sự cho phép trình bày mô tả những việc làm; và sự cho phép của tôi là hoàn toàn tự nguyện và có thể bị hủy bỏ vào bất cứ lúc nào bằng văn bản.

Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối các dịch vụ mà không làm ảnh hưởng đến những dịch vụ can thiệp sớm khác mà con tôi hoặc gia đình tôi nhận được qua hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia.

Tôi hiểu rằng kế hoạch IFSP của tôi sẽ được san sẻ giữa hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia và các nhà cung cấp dịch vụ thực thi kế hoạch IFSP này.

Chữ ký của (đánh dấu một ô):  Phụ Huynh  Người Giám Hộ Hợp Pháp  Người Thế Phụ Huynh Ngày \_\_\_\_\_

Những người khác tham dự trong IFSP (Ghi tên, văn bằng, vai trò/tổ chức, chữ ký, ngày):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Những cá nhân sau đây đã tham gia qua dạng điện tử hay bằng văn bản (ghi rõ cách nào):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Người Phiên Dịch/Thông Ngôn (nếu được dùng): \_\_\_\_\_

Những tài liệu liên hệ sau đây được đính kèm: \_\_\_\_\_

Bản sao gửi cho: \_\_\_\_\_

Tên Đứa Bé: \_\_\_\_\_

Ngày IFSP: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Trang 9 \_\_\_\_\_

## VIII. Hồ Sơ Duyệt Lại Kế Hoạch IFSP

### Duyệt Lại Kế Hoạch IFSP

Mục Đích Duyệt Lại:  Duyệt Lại 6 tháng  Theo yêu cầu của: \_\_\_\_\_ Ngày Duyệt Lại: \_\_\_\_\_

Tóm Tắt (Gồm cơ sở hợp lý cho bất kỳ thay đổi nào từ việc duyệt lại này): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Các thay đổi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ngày sự thay đổi có hiệu lực: \_\_\_\_\_

#### Sự Ừng Thuận của Phụ Huynh

Tôi đã nhận được tài liệu về quyền gia đình thuộc Phần C của Đạo Luật Giáo Dục Dành Cho Những Cá Nhân Bị Tàn Tật (là bản *Thông Cáo Về Quyền Trẻ Em và Gia Đình trong Hệ Thống Can Thiệp Sớm Phần C Infant & Toddler Connection of Virginia*) cùng với kế hoạch Hồ Sơ Duyệt Lại Kế Hoạch IFSP này. Những quyền này đã được giải thích cho tôi và tôi hiểu chúng. Tôi đã tham dự khai triển Duyệt Lại Kế Hoạch IFSP này và tôi cho phép hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia và các nhà cung cấp dịch vụ được thực hiện những sự thay đổi được liệt kê ra trong Hồ Sơ Duyệt Lại Kế Hoạch IFSP này.

Sự cho phép có nghĩa rằng: tôi đã được trình bày cho biết rõ tất cả tín tức thông tin về những việc mà cần có sự cho phép của tôi, qua tiếng mẹ đẻ của tôi (trừ khi rõ ràng là không thể làm như vậy) hoặc qua những cách truyền đạt thông tin khác; rằng tôi hiểu và đồng ý trên giấy tờ cho phép thực hiện những việc mà cần có sự cho phép của tôi; sự cho phép trình bày mô tả những việc làm; và sự cho phép của tôi là hoàn toàn tự nguyện và có thể bị hủy bỏ vào bất cứ lúc nào bằng văn bản.

Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối các dịch vụ mà không làm ảnh hưởng đến những dịch vụ can thiệp sớm khác mà con tôi hoặc gia đình tôi nhận được quan hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia.

Tôi hiểu rằng kế hoạch IFSP của tôi sẽ được san sẻ giữa hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia và các nhà cung cấp dịch vụ thực thi kế hoạch IFSP này.

Chữ ký của (đánh dấu một ô):  Phụ Huynh  Người Giám Hộ Hợp Pháp  Người Thế Phụ Huynh Ngày \_\_\_\_\_

Những Người Khác Tham Dự Trong IFSP (Ghi tên, văn bằng, vai trò/tổ chức, chữ ký, ngày): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Những cá nhân sau đây đã tham gia qua dạng điện tử hay bằng văn bản (ghi rõ cách nào): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dành cho mục đích Bảo Hiểm mà thôi:

Tôi chứng nhận và chấp thuận rằng các dịch vụ \_\_\_\_\_, như được trình bày ở trên, là cần thiết trên phương diện y khoa cho đứa bé.

\_\_\_\_\_, M.D.  
Chữ ký của Bác Sĩ Ngày \_\_\_\_\_