



مرکز حمایت از نوزادان
و کودکان ویرجینیا

TO:

به: خانواده

آدرس

City, State & Zip

نام کودک

ID Number

شماره کارت هویت

تأیید برنامه ارزیابی مقدماتی (1) 12/02/2(O) ITCV-PS-2

تا تاریخ

آقای / خانم

بدینوسیله وقت ارزیابی مقدماتی از فرزندتان که قبلاً تعیین شده بقرار زیر تأیید می گردد:

محل

ساعت

تاریخ

جلسه در حدود (ساعت / دقیقه) طول خواهد کشید. ارزیابی در وقت مناسب برای شما و خانواده تعیین شده و در صورت لزوم می تواند به وقت دیگری موکول شود.

همانطور که قبلاً مذاکره شد منظور از ارزیابی تعیین واجد شرایط بودن فرزند شما برای استفاده از حمایت مرکز حمایت از نوزادان و کودکان ویرجینیا و همچنین برای تشخیص توانائی ها و نیازهای او می باشد. یاد آوری می کنم که ارزیابی بدون رضایت کتبی و آگاهانه شما بنحو مندرج در اطلاعیه مربوط به حمایت های خانواده ها در مرکز حمایت از نوزادان و کودکان ویرجینیا بخش ج نظام مداخله بموقع که هماهنگ کننده خدمات در اختیار شما گذاشته صورت نخواهد گرفت.

در این ارزیابی فرزندتان از لحاظ رشد فکری و جسمی (از جمله تحرک عمده و ظریف، بینائی و شنوائی، ارتباط با دیگران و از لحاظ درک و بیان و احساسات اجتماعی و انطباقی (بی نیازی به کمک دیگری) مورد ارزیابی قرار می گیرد. اشخاص نامبرده زیر در ارزیابی شرکت خواهند کرد.

رشته تخصص

نام فرد و سازمان

در صورت تمایل می توانید شخص دیگری را در این جلسه دعوت کنید. ما می خواهیم اطمینان حاصل کنیم که فرزند شما توانائی های خود را نشان دهد و شما بتوانید هر چه بیشتر در ارزیابی شرکت داشته باشید. هیچکس فرزندتان را بخوبی شما نمی شناسد و شما می توانید اطلاعات مهمی در باره فرزندتان در ارزیابی ارائه کنید. بدنیست از کارهایی که از فرزندتان، ضمن صحبت و بازی با اسباب بازی و مردم و در غذا خوردن و حرکات او ملاحظه می کنید را در فهرستی یاد داشت کنید. شما می توانید این اطلاعات را در اختیار اعضای تیم ارزیابی بگذارید.

لطفاً اگر سئوالی درباره وقت و برنامه دارید با من / ما تماس بگیرید.
با احترام

نام / عنوان

رونوشت: برای اعضای تیم (نامبرده در بالا)

تذکر: نسخه ای از فرم زیر باید برای والدین ارسال شود.

DMH 888E 1049 R 12/02(1)

ارسال پستی تحویل دستی