



# 버지니아주의 영유아 단체

수신: 가족
주소
시, 주 우편 번호
회신: 자녀의 이름:
ID 번호

## 초기 평가 및 사정 스케줄 확인 ITCV-PS-2(O) 12/02(1)

날짜: \_\_\_\_\_

수신인: \_\_\_\_\_

본 편지는 귀 자녀에 대해 이미 상의한 바 있는 평가/사정 스케줄을 확인하기 위한 것입니다. 평가/사정 스케줄은 다음과 같습니다.

날짜	시간	장소:
본 회의는 약 _____(분/시간)동안 지속될 것입니다. 평가/사정은 귀 가족에게 편리한 시간으로 스케줄을 잡았으며, 필요한 경우 변경될 수 있습니다.		

논의한 대로, 평가/사정의 목적은 귀 자녀의 강점 및 필요 뿐 아니라 버지니아주의 영유아 단체에 대한 자격이 있는지 여부를 결정하기 위한 것입니다. 평가/사정은 서비스 진행자에 의해 귀하에게 이미 제출된 버지니아주의 영유아 단체 Part C 조기 개입 서비스 시스템의 자녀 및 가족 보호 조항 통지에 설명된 대로 귀하의 정보가 담긴 서면 동의서가 없이는 실행되지 않는다는 사실을 다시 한번 상기시켜드립니다.

저희는 다음에 나온 분야에서 귀 자녀의 발달을 기대할 것입니다. 인지, 신체(대근육/소근육, 시력/청력 스크리닝), 의사소통(수용 및 표현), 사회-감정 및 적응력(자구 행위)등입니다. 다음에 나온 사람들은 참석하거나 그 정보를 제공할 것입니다.

<u>성명 (개인 혹은 제공 기관)</u>	<u>분야</u>
-------------------------	-----------

다른 사람을 초대하고 싶으신 경우에는, 자유롭게 하시기 바랍니다. 저희는 귀 자녀가 최선을 다하고 귀하가 원하는 만큼 평가/사정에 참여할 수 있다는 사실을 확실히 하기를 바랍니다. 귀하의 자녀에 대해 귀하보다 더 잘 아는 사람은 없습니다. 귀하는 평가/사정 시 귀하의 자녀에 대한 중요한 정보를 제공할 수 있습니다. 귀하는 자녀가 집에서 말하기, 장난감 및 사람들과 놀기, 섭취 및 움직이는 모습을 보고 그 목록을 만드는 것을 바라실 수도 있습니다. 본 정보를 평가/사정 팀의 구성원들과 함께 자유로이 공유하시기 바랍니다.

상기 정보 혹은 스케줄에 대해 질문이 있으신 경우 저희/저에게 전화해주시기 바랍니다.

감사합니다.

\_\_\_\_\_  
성명(들)/직위(들)

cc: IFSP 팀 구성원 (상기 목록)

주: 본 양식의 사본이 부모에게 제공되었습니다.

<input type="checkbox"/> 우편 전송	<input type="checkbox"/> 직접 전달
--------------------------------	--------------------------------