



버지니아주의 영유아 단체

수신: 가족

주소

시, 주 우편 번호

회신: 자녀의 이름:

ID 번호

IFSP 회의 및 평가/사정 확인 ITCV-PS-4(R) 12/02

날짜: _____

수신인: _____

아시다시피, 귀 자녀의 평가/사정을 위한 스케줄은 다음과 같습니다.

날짜

시간

장소:

본 회의는 약 _____ (분/시간)동안 지속될 것입니다.. 평가/사정 및 IFSP 팀 회의는 귀 가족에게 편리한 시간으로 스케줄을 잡았으며, 필요한 경우 변경될 수 있습니다.

평가/사정의 목적은 버지니아주의 영유아 단체 Part C 조기 개입 서비스에 대한 귀 자녀의 자격 여부 혹은 귀 자녀가 이를 지속할 자격이 있는지 여부를 결정하는 것입니다. 저희는 귀 자녀의 강점 및 우려가 있는 분야에 대해서도 알게 될 것입니다. 평가/사정은 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), 의사 소통(수용 및 표현), 사회 - 감정 및 적응력(자구 행위)등입니다.

다음에 나온 사람들은 평가/사정에 참석하거나 그 정보를 제공할 것입니다.

성명 (개인 혹은 제공 기관)

분야

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.

만일 귀하의 자녀가 자격이 있거나 귀하의 지역에 있는 버지니아주의 영유아 단체 제공자(들)을 통해 조기 개입 서비스를 계속할 자격이 있다면, 평가/사정 이후 즉시 IFSP 회의가 있을 것입니다. 이미 말한바 있듯이, IFSP 회의의 목적은 평가/사정 결과 등의 수집된 모든 정보를 팀으로써 함께 나누고, 귀 자녀 및 가족에 대한 결과, 전략, 서비스 및 지원이 포함된 IFSP를 구축하는 것입니다.

정보를 제공할 개인에는 상기 목록에 나온 평가/사정 팀 구성원이 포함되어 있습니다. IFSP 회의/재검토에 참석하기를 바라는 사람은 누구든 초대하실 수 있습니다.

귀 자녀가 조기 개입 서비스의 자격이 **없는 것으로** 나타났다면, IFSP는 구축되지 않을 것입니다. 귀하가 원하는 경우, 평가/사정 팀은 귀하의 자녀 및 가족을 위한 기타 가능한 지역 사회의 서비스 및 지원에 대해 알려드릴 것입니다.

평가/사정 혹은 IFSP 회의에 관해 질문이 있는 경우, 위에 나온 전화 번호로 전화하시기 바랍니다. 만나 뵙기를 기대하겠습니다!

성명(들)/직위(들)

cc: IFSP 팀 구성원 (상기 목록)

주: 본 양식의 사본이 부모에게 제공되었습니다.

DMH 888E 1049 R 12/02(1)

우편 전송

직접 전달