



شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا
برنامه خدمات انفرادی خانوادگی (IFSP)
نام سیستم محلی در اینجا ذکر می شود

I – اطلاعات مربوط به کودک و خانواده

نام کودک: _____ تاریخ تولد: _____
جنسیت: مذکر مونث کانتی یا شهر محل اقامت کودک: _____
 اولیه
تاریخ ISFP: _____ سالانه #: _____ تاریخ تکمیل بررسی 6 ماهه: _____
تاریخ (های) بررسی (های) تکمیل شده: _____
زبان اصلی خانواده
و / یا طریق ارتباط: _____ زبان اصلی کودک (اگر متفاوت است) _____
شماره مدیکید (اختیاری): _____

نام، آدرس، شماره تلفن و سایر تماسهای والد و / یا عضو دیگر خانواده:

نام، سازمان، آدرس، شماره تلفن، ایمیل و فکس هماهنگ کننده خدمات:

خدمات مداخله ای اولیه در اجرای قسمت ج قانون آموزش افراد معلول که جنبه فدرال دارد، به کودکان واجد شرایط و خانواده های آنها عرضه می شود..



شبکه نوزاد و
کودک نوپای ویرجینیا
صفحه 3

نام کودک :

تاریخ تولد: _____

تاریخ IFSP:

III – ارزیابی تیم

از موارد بیانی به شمول تشخیص و / یا دلیل ارجاع، اطلاعات مربوط به سلامت و رشد جسمی (از جمله سابقه پزشکی مربوطه، علائم و نشانه های بالینی، وضعیت فعلی سلامت)، بیانیه سطح فعلی رشد کودک در همه قسمت های رشد، و خلاصه ای از نقاط قوت و محدودیت های عملکردی.

افراد زیر در این ارزیابی برنامه ریزی خدمات شرکت کردند (نام با حروف جدا از هم، مجوزها، نقش / سازمان، امضاء، تاریخ):

اطلاعات ارزیابی های زیر که خارج از شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا تکمیل شده بود برای تکمیل ارزیابی برنامه ریزی خدمات مورد استفاده قرار گرفت.

(نام با حروف جدا، مجوزها، سازمان):



| حروف اول نام برآورد کننده (برآورد کننده ها) | تاریخ ارزیابی سن تقویمی (CA) سن عقلی (AA) | روشها/ وسایل به کار رفته | اطلاعات مربوط به سطح فعلی رشد کودک (باید شامل سطوح یا دامنه های سنی باشد) | جنبه رشد |
|---|---|---|---|--|
| | تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____ | □ نظارت □ گزارش والد | | ذهنی (تفکر و یادگیری) |
| | تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____ | □ نظارت □ گزارش والد | | ارتباط های بیانی (ایجاد صدا، ژست گیری و صحبت) |
| | تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____ | □ نظارت □ گزارش والد | | ارتباط های دریافتی (فهم اصوات، کلمات و ژست ها) |
| | تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____ | □ نظارت □ گزارش والد | | مهارت های حرکتی عمده (تکان دادن و به کار بردن عضلات بزرگ) |
| | تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____ | □ نظارت □ گزارش والد | | مهارت های حرکتی ظریف (استفاده از دست ها و انگشتان) |
| | تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____ | □ نظارت □ گزارش والد | | اجتماعی / احساسی (حشر و نشر با دیگران) |
| | تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____ | □ نظارت □ گزارش والد | | اقتباسی (غذا دادن / غذا خوردن، لباس پوشیدن و خوابیدن) |
| | تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____ | □ ابزار آزمایش چشم قسمت ج ویرجینیا (در آزمایش اولیه ضروری است) روشهای اضافی استفاده شده: | نتایج: □ عدم نیاز به معرفی گفته شده □ نظارت شود □ معرفی شود وضعیت (اطلاعات مخصوص چشم هنگامی که ممکن است): | بینایی |
| | تاریخ: _____ CA: _____ AA: _____ | □ ابزار آزمایش گوش قسمت ج ویرجینیا (در آزمایش اولیه ضروری است) روشهای اضافی استفاده شده: | نتایج: □ عدم نیاز به معرفی گفته شده □ نظارت شود □ معرفی شود وضعیت (اطلاعات مخصوص گوش هنگامی که ممکن است): | شنوایی |

واجد شرایط بودن برای خدمات بخش ج

برآورد و ارزیابی بخش ج بر اساس عقیده کلینیکی آگاهانه و با استفاده روش های چندگانه ذکر شده در بالا صورت گرفته است. فرزند شما برای قسمت ج خدمات واجد شرایط است زیرا او دارای وضعیت زیر می باشد: (یک یا چند خانه را علامت بزنید):

□ تاخیر 25 درصدی در رشد در یک یا چند جنبه (همه موارد را که صدق می کند علامت بزنید)

□ ذهنی □ فیزیکی (شامل مهارت های حرکتی ظریف و عمده)

□ اجتماعی یا احساسی □ اقتباسی □ ارتباطات (شامل زبان بیانی و دریافتی)

□ رشد غیر عادی را در موارد زیر (همه مواردی را که صدق می کند علامت بزنید):

□ دریافتی - حرکتی □ رفتار □ اجتماعی - احساسی □ اجتماعی، ارتباطی و رفتاری

بیان کنید (اختیاری):

□ یک وضعیت طبی تشخیص داده شده که احتمالاً به تاخیر در رشد منجر شده (نام ببرید):

□ فرزند شما برای قسمت ج خدمات واجد شرایط نیست زیرا معیارهای فوق در مورد او صدق نمی کند. از این فرم برای فقط به عنوان سابقه برآورد استفاده می شود.



V - خدمات مورد نیاز برای نیل به پیامدهای مداخله قبل از موعد

| تاریخ پایان واقعی | تاریخ پایان پیش بینی شده | تاریخ شروع پیش بینی شده | پرداخت 1 - خانواده 2 - بیمه 3 - مدیکید 4 - منابع ایالتی 5 - منابع محلی 6 - قسمت ج | محیط طبیعی/ محل (باید محیط طبیعی باشد مگر آنکه در زیر توجیه شده) | روشها** (a,b,c,d) | گروهی (G) انفرادی (I) | شدت (حداقل/تعداد ویزیت) | دفعات (در هفته/ماه / برای یکبار) | سرویس قابل ارائه |
|-------------------|--------------------------|-------------------------|---|---|----------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| | | | | | هماهنگی خدمات | | * | * | 1 - هماهنگی خدمات |
| | | | | | | | | | 2. |
| | | | | | | | | | 3. |
| | | | | | | | | | 4. |
| | | | | | | | | | 5. |
| | | | | | | | | | 6. |
| | | | | | | | | | 7. |
| | | | | | | | | | 8. |

* این حداقل دفعات و شدت تماس مستقیم از جانب هماهنگ کننده خدمات شماسست. دفعات و شدت هماهنگی خدماتی که عملاً ارائه می شود متفاوت خواهد بود زیرا هماهنگی خدمات یک جریان فعال و مداوم است که بر مبنای ارجحیت ها و نیازهای خانواده شما تغییر می یابد.
** روش ها: a = تعلیم دادن، از جمله کمک های دستی متناسب b = مشاوره c = ارزیابی d = فراهم ساختن وسیله تکنولوژی کمکی

توجیه این مسئله که چرا پیامدهای مداخله قبل از موعد را بصورت قانع کننده ای نمی توان در یک محل طبیعی حاصل کرد و برنامه ای با دوره ها و حمایت های لازم برای برگشت به ارائه خدمات مداخله ای قبل از موعد در یک محیط طبیعی:

دلیل برای به تعویق انداختن تاریخ شروع پیش بینی شده - برای هر گونه خدماتی که قرار است دیرتر از 30 روز تقویمی پس از امضای فرم IFSP توسط خانواده آغاز شود، این موضوع را خاطرنشان سازید که آیا دلیل این کار ترجیح خانواده در ترتیب کار است، تیم یک تاریخ آغاز دیرتر را برای پرداختن به نیازهای کودک و خانواده برنامه ریزی کرده، یا دیگری:

VI- خدمات دیگر - (خدمات مورد نیاز، اما آنچه که کودک تحت قسمت ج واجد شرایط آن نیست - از جمله خدمات پزشکی مثل چک آپ های بهداشتی، خدمات تخصصی بعدی برای مقاصد پزشکی، و غیره).

| نوع سرویس | ارائه دهنده | محل | گام هایی که باید برای کمک به تامین خدمات برداشت |
|-----------|-------------|-----|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



VII – برنامه ریزی انتقال

در آغاز برآورد اولیه IFSP در رابطه با انتقال اطلاعات زیر مورد بحث قرار گرفت:

- انتقال هنگامی صورت می گیرد که کودک شما مداخله قبل از موعد را ترک می کند. برنامه ریزی روی این ورقه به شما و کودکان کمک می کند با سهولت از مداخله قبل از موعد به آنچه که بعداً برایش پیش می آید انتقال یابد.
 - راه های اختیاری پس از مداخله قبل از موعد (مثلاً: برنامه های اجتماعی از قبیل مهد کودک (نرسری اسکول) های محلی، برنامه های شروع کار موسوم به هد استارت، آموزش ویژه اوایل کودکی از قبیل مدارس عمومی).
 - زمان بندی های احتمالی برای انتقال.
 - هنگامی که کودک شما به یک سطح سنی مربوط به همه بخش های رشد می رسد و دیگر دارای هیچگونه وضعیتی نیست که برای مداخله قبل از موعد واجد شرایط باشد.
 - هنگامی که کودک شما به سه سالگی می رسد، یعنی زمانی که پایان واجد شرایط بودن برای مداخله قبل از موعد است.
 - هنگامی که کودک شما برای خدمات آموزش ویژه سنین آغاز کودکی از طریق مدارس عمومی واجد شرایط است یا اگر آن شرایط را پیدا کند (بین سنین 2 تا 3 سالگی)، چنانچه به آن خدمات علاقه ای داشته باشید. از طریق مدارس عمومی نمی توان هم خدمات مداخله ای قبل از موعد و هم آموزش ویژه اوایل کودکی را همزمان ارائه داد.
- این اطلاعات در _____ (تاریخ) توسط _____ (حروف اول نام و فامیل هماهنگ کننده خدمات) مورد بحث قرار گرفت.

تاریخ های مهم برای برنامه ریزی انتقال:

- تاریخ مورد نظر برای معرفی جهت واجد شرایط بودن، در صورتی که به خدمات آموزش ویژه اوایل کودکی از طریق سیستم مدارس محل خود علاقه مند باشید (معرفی باید حداکثر تا 1 اپریل سالی صورت گیرد که کودکان تا 30 سپتامبر آن سال 2 ساله می شود، و این در صورتی است که می خواهید کودکان "مدرسه" (اسکول) را در اولین روز سال تحصیلی بعدی آغاز کنند.

- (تاریخ 3 ساله شدن کودک) – تاریخی که کودک شما دیگر برای دریافت مداخله قبل از موعد واجد شرایط نیست.

آگهی به بخش مدرسه محل:

نام، آدرس، شماره تلفن و تاریخ تولد کودک ما حداکثر تا _____ (تاریخ) به _____ (بخش مدرسه) فرستاده خواهد شد مگر آنکه ما با این موضوع موافق نباشیم. ارسال این اطلاعات به بخش مدرسه کمک می کند آگاهی یابد چه کسی در جامعه ممکن است برای خدمات آموزش ویژه واجد شرایط باشد. این یک معرفی نامه برای آن خدمات نیست و بدان معنی نمی باشد که شما به آن خدمات علاقه مندید.

من مایل نیستم نام، آدرس، شماره تلفن و تاریخ تولد فرزند من برای بخش مدرسه محل ارسال شود.

(حروف اول نام و فامیل والد / تاریخ)

من عقیده خود را عوض کرده ام و موافقت می کنم که این اطلاعات به بخش مدرسه محل ارسال شود.

(حروف اول نام و فامیل والد / تاریخ)

تاریخی که آگهی فرستاده شده: _____

شرایط برنامه ریز انتقال

فعالیت های تکمیل شده انتقال به برنامه های انتقال و ارجحیت های خانواده شما بستگی خواهد داشت.

| حروف اول نام | تاریخ تکمیل | تاریخ مورد | گام ها / فعالیت های انتقال بر مبنای برنامه های انتقال شما و ارجحیت های خانواده تان، هماهنگ کننده خدمات شما: |
|--------------|-------------|------------|--|
| | | | <p>1 – در رابطه با جستجو در برنامه های اجتماعی و راه های موجود به خانواده تان کمک خواهد کرد که شامل خدمات آموزش ویژه اوایل کودکی برای کودک شما خواهد بود.</p> <p>الف- اطلاعات لازم از جمله اطلاعات تماس برنامه را که مربوط به مراحل بعدی مداخله قبل از موعد است و برای خانواده تان مطلوب می باشد در اختیار شما خواهد گذاشت. اطلاعات در رابطه با برنامه زیر عرضه خواهد شد: ب- ترتیب بازدید از برنامه ها، به صورتی که مطلوب خانواده شماست. برنامه های بازدید شده: ج- نام خانواده های دیگر (با اجازه خودشان) را در اختیار شما خواهد گذاشت که به برنامه هایی که خانواده شما در نظر گرفته منتقل شده اند و این کار در صورتی است که مطابق میل خانواده شماست. د- سایر اقدامات / فعالیت ها:</p> |



| جروفا اول نام و | تاریخ تکمیل | تاریخ مورد نظر | گام ها / فعالیت های انتقال بر مبنای برنامه های انتقال شما و ارجحیت های خانواده تان، هماهنگ کننده خدمات شما: |
|-----------------|-------------|----------------|--|
| | | | <p>2 - با اجازه شما، یک معرفی برای بخش مدرسه محل یا سایر برنامه های مطلوب صادر خواهد کرد</p> <p>الف - رضایت والد برای در اختیار نهادن اطلاعات در (تاریخ) _____ حاصل شده است.</p> <p>ب - با رضایت والد که در فرم در اختیار نهادن اطلاعات اعلام شده فرزند شما را به ارائه دهنده خدمات یا برنامه بعدی معرفی خواهد کرد و اطلاعات مخصوص به فرزند شما را برای آنها خواهد فرستاد. (مثلا گزارش های برآورد، IFSP، و غیره). لیست اطلاعات ارسال شده:</p> <p>ج - معرفی نامه در (تاریخ) _____ برای (برنامه) _____ ارسال شد.</p> <p>د - سایر اقدامات / فعالیت ها:</p> |
| | | | <p>3 - چنانچه خانواده شما انتقال به برنامه های آموزش ویژه اوایل کودکی را مد نظر دارد، برای برنامه ریزی انتقال، در یک جلسه انتقال شرکت کنید که در عرض 90 روز تشکیل می شود و در آن هماهنگ کننده خدمات و شخص دیگری از برنامه جدید نیز شرکت دارند.</p> <p>الف - فرم آگهی قبلی به والدین در (تاریخ) _____ ارسال شد.</p> <p>ب - والد شرکت در این جلسه را <input type="checkbox"/> می پذیرد / <input type="checkbox"/> نمی پذیرد.</p> <p><input type="checkbox"/> (امضای والد)؛ (تاریخ) _____</p> <p>یا</p> <p><input type="checkbox"/> فرم امضا شده تصویب والد برای برنامه ریزی جلسه انتقال در پرونده کودک موجود است.</p> <p>ج - هماهنگ کننده خدمات اطمینان می دهد که برنامه ریزی جلسه انجام شده، و شرکت توسط طرف های مورد نظر بدین صورت خواهد بود:</p> <p>- جلسه انتقال در (تاریخ) _____ تشکیل شد.</p> <p>- افراد زیر در این جلسه شرکت کردند: <input type="checkbox"/> (والد - ضروری)، <input type="checkbox"/> (مداخله قبل از موعد - ضروری)، <input type="checkbox"/> (بخش مدرسه - ضروری)، <input type="checkbox"/> (دیگری) <input type="checkbox"/> دیگری</p> <p>د - نتایج جلسه انتقال (مثلا برنامه ریزی برای هر گونه برآورد بیشتر، جلسه IEP از جمله تعیین کلاس، و غیره):</p> |
| | | | <p>4 - هنگامی که مشخص شد کودک شما به کجا منتقل خواهد شد، بدان گونه که مطلوب خانواده شماست به کودک و خانواده خود کمک کنید خود را برای تغییرات در حمایت ها و خدمات آماده سازند تا بدین وسیله بتوانید به سهولت از یک برنامه به برنامه دیگر بروید</p> <p>الف - کودک شما در _____ (تاریخ پیش بینی شده) به _____ منتقل خواهد شد.</p> <p>ب - به کودک و خانواده خود کمک کنید تا برای برنامه / محیط جدید تا تاریخ زیر آماده شوند:</p> |
| | | | <p>5 - مرخص کردن کودک شما از سیستم قسمت ج محل یا قبل از سومین سالگرد تولد او</p> <p>الف - فرم آگهی قبلی به والدین امضاء شده است <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>ب - اگر کودک در یک وضعیت غیر فعال است: فرم آگهی قبلی به والدین در (تاریخ) _____ ارسال شده است.</p> <p>فرم آگهی قبلی به والدین امضاء شده است <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>ج - تاریخ مرخص کردن / بستن پرونده _____</p> |



شبکه نوزاد و
کودک نوپای ویرجینیا
صفحه 8

نام کودک :

تاریخ IFSP: _____ تاریخ تولد: _____

VIII – موافقت نامه IFSP

موافقت والد برای فراهم آوردن خدمات مداخله ای قبل از موعد:

من یک کپی حقوق والدین تحت بخش ج IDEA (آگهی حقوق کودک و خانواده در شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا بخش ج سیستم مداخله قبل از موعد) و یک کپی "حقایق مربوط به سهم هزینه خانواده" (برای IFSP سالانه) را همراه با این IFSP دریافت کرده ام. این حقوق و اطلاعات در باره سهم هزینه خانواده برای من شرح داده شده و من آنها را می فهمم. من در ایجاد این IFSP شرکت کردم و آگاهانه رضایت می دهم که ارائه دهندگان سیستم و خدمات شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا فعالیت (های) ذکر شده در این IFSP را به انجام برسانند.

رضایت بدین معنی است که من در رابطه با همه اطلاعات مربوط به فعالیت (هایی) که رضایت در مورد آن خواسته شده، به زبان بومی خود یا به یک صورت دیگر ارتباطی بطور کامل آگاه شده ام (مگر آنکه روشن است که ارائه این اطلاعات به زبان بومی من امکان پذیر نیست)؛ و نیز اینکه من فعالیت (هایی) که رضایت در مورد آن خواسته شده را درک می کنم و بطور کتبی با انجام آن موافقت می نمایم؛ این رضایت نامه آن فعالیت (ها) را بیان می کند؛ و سرانجام این موضوع که دادن رضایت من داوطلبانه بوده و در هر زمان می تواند بطور کتبی فسخ گردد.

من متوجه این موضوع هستم که می توانم از دریافت خدمت یا خدمات خودداری کنم بدون آنکه هیچکدام از خدمات مداخله قبل از موعد که کودک یا خانواده من از طریق سیستم شبکه نوزاد و کودک و نوپای ویرجینیا دریافت می دارند به خطر افتد.

من متوجه این موضوع هستم که IFSP من با ارائه دهندگان محلی خدمات شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا، از جمله ارائه دهندگان دست اندرکار ارزیابی و / یا ایجاد و / یا بکارگیری این IFSP در میان گذاشته خواهد شد.

امضاء (یکی را علامت بزنید): والد(ین) سرپرست قانونی والد جایگزین تاریخ:

سایر شرکت کنندگان IFSP (نام با حروف جدا از هم، مدارک یا صلاحیت های مربوطه، نقش / سازمان، امضاء، تاریخ):

اشخاص زیر از طریق کامپیوتر یا بصورت کتبی شرکت کردند. (مشخص کنید از چه طریق):

مترجم کتبی / حضوری (چنانچه از او استفاده شده):

مدارک مربوطه زیر ضمیمه است:

کپی به:

گواهی پزشک: من گواهی و تصویب می نمایم که خدمات ، بدان صورت که در IFSP بیان شده، از لحاظ پزشکی برای این کودک ضروری هستند.

امضا اعتبارنامه ها تاریخ



شبکه نوزاد و
کودک نوپای ویرجینیا
صفحه 9

IX- سابقه بررسی IFSP

نام کودک : _____
تاریخ IFSP: _____ تاریخ تولد: _____

منظور از بررسی: بررسی 6 ماهه بنابه درخواست: _____ تاریخ بررسی: _____

خلاصه (دلیل منطقی هر تغییری که نتیجه این بررسی بوده را بنویسید):

تغییر(ات): _____ تاریخ آغاز در نظر گرفته شده برای تغییر: _____

موافقت والد

من یک کپی حقوق والدین تحت بخش ج IDEA (آگهی حقوق کودک و خانواده در شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا بخش ج سیستم مداخله قبل از موعد) و یک کپی این "سابقه بررسی IFSP" را دریافت کرده ام. این حقوق برای من شرح داده شده و من آنها را می فهمم. من در ایجاد این بررسی IFSP شرکت کردم و آگاهانه رضایت می دهم که ارائه دهندگان سیستم و خدمات شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا هر گونه تغییری که در این سابقه بررسی IFSP ذکر شده را به انجام برسانند.

رضایت بدین معنی است که من در رابطه با همه فعالیت (هایی) که رضایت در مورد آن خواسته شده، به زبان بومی خود یا به یک صورت دیگر ارتباطی بطور کامل آگاه شده ام (مگر آنکه روشن است که ارائه این اطلاعات به زبان بومی من امکان پذیر نیست)؛ و نیز اینکه من فعالیت (هایی) که رضایت در مورد آن خواسته شده را درک می کنم و بطور کتبی با انجام آن موافقت می نمایم؛ این رضایت نامه آن فعالیت (ها) را بیان می کند؛ و سرانجام این موضوع که دادن رضایت من داوطلبانه بوده و در هر زمان می تواند بطور کتبی فسخ گردد.

من متوجه این موضوع هستم که می توانم از دریافت خدمت یا خدمات خودداری کنم بدون آنکه هیچکدام از خدمات مداخله قبل از موعد که کودک یا خانواده من از طریق سیستم شبکه نوزاد و کودک و نوپای ویرجینیا دریافت می دارند به خطر افتد.

من متوجه این موضوع هستم که IFSP من با ارائه دهندگان محلی خدمات شبکه نوزاد و کودک نوپای ویرجینیا، دست اندرکار ارزیابی و / یا بوجود آوردن و / یا بکارگیری این IFSP در میان گذاشته خواهد شد.

امضاء (یکی را علامت بزنید): والد(ین) سرپرست قانونی والد جایگزین تاریخ: _____

سایر شرکت کنندگان IFSP (نام با حروف جدا از هم، مدارک یا صلاحیت های مربوطه، نقش / سازمان، امضاء، تاریخ):

اشخاص زیر از طریق کامپیوتر یا بصورت کتبی شرکت کردند. (مشخص کنید از چه طریق):
گواهی پزشک: من گواهی و تصویب می نمایم که خدمات ، بدان صورت که در IFSP بیان شده، از لحاظ پزشکی برای کودک ضروری هستند.

امضا اعتبارنامه ها تاریخ



شبكة نوزاد و نام کودک : _____
2000 نوپای ویرجینیا تاریخ IFSP: _____ تاریخ تولد: _____
(برای جزئیات خدمات به شماره مربوطه در صفحه شش IFSP مراجعه کنید) **ضمیمه**

| # | خدمات | هماهنگ کننده خدمات (نام، سازمان، آدرس، شماره تلفن) | در حال انجام؟ |
|---|--------------------|--|------------------------------|
| 1 | هماهنگ کننده خدمات | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| 7 | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| 8 | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |
| | | | <input type="checkbox"/> خیر |



به من فرصت داده شد از ادارات ارائه دهنده که با سیستم محلی منطقه من کار می کنند و در شبکه پرداخت کننده من هستند سازمان مربوطه را انتخاب کنم.

امضا (های) (یکی را علامت بزنید): والد(ین) سرپرست قانونی والد جایگزین

امضا (های) (یکی را علامت بزنید): والد(ین) سرپرست قانونی والد جایگزین

امضا (های) (یکی را علامت بزنید): والد(ین) سرپرست قانونی والد جایگزین