



버지니아주의 영유아 단체

개별화된 가족 서비스 계획

Local System Name Here

I. 아동 및 가족 정보

자녀의 이름: _____ 생년월일: _____

성별: 남 여 아동의 거주 카운티 또는 도시: _____

개시일

IFSP 날짜: _____ 연간 횟수 # _____ 6 개월 검토 완료 기한: _____

분기별 메디케이드 TCM (Targeted Case Management) 검토 완료일:

IFSP/TCM 검토 완료일(모두 기재): _____

기타 검토 완료일(모두 기재): _____

가족의 제 1 언어 및 의사 소통 방법: _____ 자녀의 제 1 언어 (가족과 다른 경우): _____

메디케이드 번호(선택 사항): _____

부모 및 기타 가족 구성원의 이름, 주소, 전화번호, 기타 연락 방법: _____

서비스 진행자/사례 관리자의 이름, 기관, 주소, 전화번호, 이메일 주소, 팩스 번호: _____

이 IFSP 는 또한 메디케이드 TCM 에 대한 소비자 서비스 계획으로 (시작일)부터 (종료일)까지 기능을 수행합니다.

조기 개입 서비스는 연방 정부의 IDEA(장애인 교육법, *Individuals with Disabilities Education Act*)의 Part C 에 의거해 자격이 있는 아동 및 그 가족에게 제공됩니다.

자녀의 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ 생년월일 _____



IIa. 아동 및 가족의 대표적 일상 및 지역 사회 활동

(우리를 돕는 사람들이 우리의 일상과 활동을 알 수 있기를 바랍니다. 예를 들어, 우리가 일상적으로 가거나 가고 싶은 장소, 함께 어울리거나 어울리고 싶은 사람들, 하고 있거나 하고 싶은 활동, 그리고 자녀가 즐기는 활동 등입니다)

--

IIb. 가족이 확인한 자원, 우선순위 및 우려

(우리를 돕는 사람들이 우리의 자원 및 지원, 자녀의 발달에 대한 우려와 우선순위에 대해 알 수 있기를 바랍니다.)

가족을 위한 자발적 행위!

본 IIb 장을 작성하지 않더라도, 귀하의 자녀는 서비스를 계속 받을 수 있습니다.

_____ 부모가 본 정보를 제공하지 않기로 결정한 경우 이니셜을 적으십시오.

_____ 부모가 IFSP 에 본 정보를 포함시키지 않기로 결정한 경우 이니셜을 적으십시오.

--

IIc. 사회적 평가(메디케이드 TCM을 위해 필요)

집과 일상 생활(주택 정보/필요성 포함):
레저 및 오락:
교육 및 직업:
관계 및 사회적 지원:
신체/정신 건강, 안전, 행동 문제(도전적인 행동, 의료적인 필요성, 약물 치료, 영양섭취 필요성 포함):
금융, 보험, 운임, 기타 자원(자녀 이름으로 들어오는 수입 포함):
법적 문제 및 후견인의 임무:
권한 분산/번호/자원 봉사:
장점, 개인적인 선호, 욕구:
성공했거나 실패했던 이전 서비스들의 요약:
의사 소통의 벽:

자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____



III. 팀 평가

이야기 진단 그리고/또는 진료 사유, 건강 및 신체의 발달 정보를 포함하는 (적절한 의료 기록, 임상적 징후, 증상 및 현재의 건강 상태를 포함) 영유아의 모든 발달 분야에서의 현 수준의 발달 단계 진단서 및 기능적 강점과 제한의 요약서.

다음은 서비스 계획 평가에 참여한 사람들입니다 (정자체 성명, 자격증, 역할/조직, 서명, 날짜):

버지니아주의 영유아 단체 시스템 외부에서 완료된 다음 평가로부터 얻은 정보는 해당 서비스 계획 평가를 완료하는데 사용됩니다 (정자체 이름, 자격증, 조직).

메디케이드 TCM 자격 여부

- 다음에 따라 TCM 자격이 있는 아동임(하단에서 하나 이상 표시)
 - 인지 및 수용 발달의 지연(의사 소통, 스스로 돌보기, 일상 생활, 사회적 기술, 커뮤니티 사용, 자기 결정, 건강 및 안전, 기능적 학문, 레저를 포함한 TCM 수용 기술 영역에 대한 것)
 - 진단 상태상 합격
- 귀하의 자녀는 TCM 자격이 없는 아동임.

자녀의 이름: _____
IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

IV. 조기 개입의 결과

귀하의 자녀는 다음의 것을 받게 됩니다. 서비스 진행 서비스 진행 / 메디케이드 TCM (Medicaid Targeted Case Management)

첫 번째 결과(장기 목표) – 서비스 진행(필요한 경우)

아동 및 가족이 필요한 지원 및 서비스를 받도록 하기 위해 서비스 진행자/TCM 관리자는 다음을 확인합니다.

- 가족에 의해 확인된 우려, 우선순위, 자원이 IFSP 에 기록되어 있는지 여부
- 지원, 서비스의 적합성 및 타당성
- 지원, 서비스에 대한 만족도
- 아동 및 가족의 권리 보호 여부

단기 목표	목표일	달성일
IFSP 의 구축 및 지속적인 검토와 수정으로 가족 보조.	진행중	
시간이 지남에 따라 나타나는 문제 및 우려를 제기한 가족에 대해 지원 및 보조.	진행중	
다음 자원을 포함하여 가족에 의해 확인된 지원 제공.		

서비스 진행 활동 (개입):

- 서비스 모니터링을 위해 지속적인 연락 유지.
- 가족 및 지원, 보조, 지원을 제공하는 개인/기관과의 전화 통화/개인적 접촉.
- 최소한 분기마다 서비스 검토.
- 가족을 적절한 지역 사회 자원과 연결.
- 문제 해결 보조.

서비스 진행자/TCM 관리자 (정자체 이름, 자격증, 역할/조직)

자녀의 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

VII. 변환 계획

변환에 대한 다음 정보는 IFSP 시작 부분에서 논의된 것입니다.

- 귀댁의 자녀가 조기 개입 상태를 벗어나면, 변환이 시작됩니다. 이 페이지의 계획은 귀하 및 귀댁의 자녀가 조기 개입에서 귀댁의 다음 단계까지 부드럽게 이동하는데 도움을 줍니다.
- 조기 개입 후 선택 사항(예: 인근 간호 학교와 같은 커뮤니티 프로그램, 공립 학교를 통한 취학 전 아동을 위한 특수 교육 사업인 헤드스타트 계획)
- 변환이 가능한 시기
 - 귀댁의 자녀가 전체 발달 단계에서 알맞은 연령 수준에 도달하고 조기 개입에 대한 조건 중 어느 것도 충족시키지 못하는 경우
 - 귀댁의 자녀가 조기 개입 자격 요건의 만기인 만 3 세가 된 경우
 - 귀댁의 자녀가 공립 학교를 통한 취학 전 아동을 위한 특수 교육 서비스 자격 요건(2~3 세)인 경우이며, 귀하께서 그러한 서비스에 관심이 있으신 경우. 아동이 조기 개입과 취학 전 아동을 위한 특수 교육 서비스를 동시에 받을 수는 없습니다.

이 정보는 _____ (일)에 _____ (서비스 진행자 이니셜)에 의해 논의된 것입니다.

변환 계획을 위한 주요 날짜:

_____ - 지역 학교 시스템을 통해 취학 전 아동을 위한 특수 교육 서비스에 관심이 있는 경우, 자격을 결정하기 위한 추천에 대한 목표일(귀하의 자녀가 다음 학기의 첫날에 등교를 하려면, 추천은 9 월 30 일이면 2 살이 되는 해의 4 월 1 일까지 이루어져야 합니다).

_____ (자녀의 만 3 세 생일) -귀댁의 자녀가 더 이상 조기 개입을 받을 수 없게 되는 날짜

Notification to the Local School Division:

동의하는 경우 자녀의 이름, 주소, 전화번호, 생년월일을 _____ (일)까지 _____ (학교 부서)로 보냅니다. 이 정보를 보내면, 학교 부서는

커뮤니티 내에 있는 특수 교육 서비스 자격이 있는 사람을 파악하는데 도움이 됩니다. 이것은 이러한 서비스에 대한 소개글이 아니며, 이러한 서비스에 귀하께서 관심을 가지고 있다는 것을 의미하는 것도 아닙니다.

자녀의 이름, 주소, 전화번호, 생년월일을 지역 학교 부서로 보내는 것을 원하지 않습니다.

(부모 이니셜/날짜)

마음을 바꿔, 지역 학교 부서로 이 정보를 보내는 것에 동의합니다.

(부모 이니셜/날짜)

통지한 날짜::

변환 계획 요구 사항

변환 활동의 완료는 귀하의 변환 계획 및 가족의 선호도에 달려있습니다.

변환 단계/활동	일 정 일	일 정 일	일 정 일
귀하의 변환 계획 및 가족의 선호도를 바탕으로 서비스 진행자가 결정합니다.			

자녀의 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

<p>1. 귀하의 가족이 귀하의 자녀를 위해 취학 전 아동의 특수 교육 서비스를 포함한 커뮤니티 프로그램의 선택 사항을 탐색하는 것을 돕습니다.</p> <p>a. 귀하의 가족이 원하는 경우, 프로그램 연락 정보를 포함하여 조기 개입의 뒤를 따르는 커뮤니티 선택 사항에 대한 정보를 제공합니다. 다음의 프로그램에서 제공하는 정보: _____</p> <p>b. 귀하의 가족이 원하는 경우, 프로그램을 방문할 수 있도록 예정을 세워드립니다. 방문한 프로그램: _____</p> <p>c. 귀하의 가족이 원하는 경우, 가족이 고려하고 있는 프로그램으로 변환했던 다른 가족의 이름(해당 가족이 허락한 경우)을 제공해 드립니다. _____</p> <p>d. 다른 단계/활동: _____</p>			
<p>2. 귀하의 허락이 있으면, 지역 학교 부서 또는 다른 원하는 프로그램으로 위탁합니다.</p> <p>a. _____ (일)에 정보 양식의 공개로 얻은 부모 동의서.</p> <p>b. 정보 공개 양식에 부모가 동의하시면 귀하의 자녀를 미래의 서비스 제공자 또는 프로그램에 위탁하고 자녀의 세부 정보를 전달합니다(평가 보고서, ISFP 등). 전달한 정보의 목록은 다음과 같습니다. _____</p> <p>c. _____ (일)에 _____ (프로그램)으로 위탁했습니다.</p> <p>d. 다른 단계/활동: _____</p>			
<p>변환 단계/활동</p> <p>귀하의 변환 계획 및 가족의 선호도를 바탕으로 서비스 진행자가 결정합니다.</p>	<p>목표</p>	<p>협력</p>	<p>완료한 사람의 이니셜</p>
<p>3. 귀하의 가족이 취학 전 아동의 특수 교육 서비스로의 변환을 고려 중에 있다면, 변환을 하는 방법을 계획하기 위해 귀하, 서비스 진행자, 새로운 프로그램 담당자 사이의 90 일간 변환 회의를 가지십시오.</p> <p>a. _____ (일)에 부모 사전 고지 양식이 제공됩니다.</p> <p>b. 부모가 다음의 날짜까지 회의를 <input type="checkbox"/> 승인/ <input type="checkbox"/> 승인하지 않았습니다. <input type="checkbox"/> _____ (부모 서명); _____ (일) 또는 <input type="checkbox"/> 자녀의 기록에 있는 <i>변환 계획 회의에 대한 부모 동의</i>에 서명했습니다.</p> <p>c. 서비스 진행자는 회의 일정 및 다음의 방식 중 하나를 사용하여 원하는 측의 참가자를 확인합니다(1 개 표시). <input type="checkbox"/> 참가자를 직접 초대 및 회의를 위한 시간 및 장소에 대한 표 작성. <input type="checkbox"/> 적격성 프로세스의 일환으로 회의를 열기 위해 학교 부서와 협업.</p> <p>d. 변환 회의는 _____ (일)에 개최했습니다.</p> <p>e. 다음의 사람들이 참석합니다. <input type="checkbox"/> (부모 - 필수), <input type="checkbox"/> (조기 개입 - 필수), <input type="checkbox"/> (학교 부서 - 필수), <input type="checkbox"/> (기타) <input type="checkbox"/> (기타)</p> <p>f. 변환 회의의 결과(예: 심층 평가에 대한 계획, 채용 결정을 포함한 IEP 회의 등) _____</p> <p>g.</p>			

자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

<p>4. 일단 귀하의 자녀가 변환할 프로그램을 결정했으면, 가족이 원하는 경우에는 하나의 프로그램에서 다른 프로그램으로 부드럽게 이동할 수 있도록 지원 및 서비스의 변화에 귀하의 자녀와 가족이 준비하는 것을 돕습니다.</p> <p>a. 귀하의 자녀는 _____ (예상일)에 _____으로 변환합니다.</p> <p>b. 다음의 날짜까지 귀하의 자녀 및 가족이 새로운 프로그램/설정에 준비하는 것을 돕습니다.</p> <p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>5. 자녀가 만 3살이 되기 전 또는 되는 날에 귀하의 자녀를 지방의 PART C 시스템으로부터 탈퇴시키십시오.</p> <p>a. 부모 사전 고지/양식에 서명을 했습니까? <input type="checkbox"/>에 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p>b. 자녀가 활발하지 않은 상태에 있는 경우: _____ (일)에 부모 사전 고지/양식을 보냅니다. 부모 사전 고지/양식에 서명을 했습니까? <input type="checkbox"/>에 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p>c. 탈퇴/종료일 _____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>

자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

**버지니아주의
영유아 단체**



VIII. IFSP 동의서

조기 개입 서비스 제공에 대한 부모 동의:

본인은 IDEA 의 PART C 에 의거한 가족의 권리 사본(버지니아주의 영유아 단체 PART C 조기 개입 시스템의 아동 및 가족 보호조항 통지) 및 "가족 비용 부담금에 관한 사실"(연례 IFSP)의 사본을 수령했습니다. 가족 비용 부담금에 대한 권리 및 정보를 이미 본인에게 설명했으며, 본인도 이를 이해하고 있습니다. 본인은 IFSP 구축에 참여했으며, 버지니아주의 영유아 단체 시스템(Infant & Toddler Connection of Virginia system)과 본 IFSP 에 나열된 활동(들)을 서비스 제공자가 수행하도록 하는 정보가 담긴 동의서를 제출했습니다.

동의란 본인의 모국어(명백히 구사가 불가능한 상황 제외) 또는 기타 의사 표현 방법으로 본 동의가 추구하는 활동(들)에 대한 모든 정보를 완전히 제공받았으며, 본 동의서에서 구하는 활동(들)이 수행한다는 서면을 모두 이해하고 동의했으며, 본 동의서는 활동(들)을 설명하고 있으며, 그리고 본인이 승인한 동의는 자발적인 것이며 언제든지 서면으로 취소할 수 있는 것입니다.

본인은 이러한 서비스(들)를 거절하더라도 버지니아 영유아 단체 시스템을 통해 본인의 자녀 또는 가족이 받는 기타 조기 개입 서비스에는 지장이 없다는 사실을 이해하고 있습니다.

본인은 본인의 IFSP 가 버지니아주의 지역 영유아 단체 시스템과 본 IFSP 를 평가 그리고/또는 발달 그리고/또는 실행하는 서비스 제공자 사이에서 공유될 것이라는 사실을 이해하고 있습니다.

서명자(하나만 선택): 부모 법적 후견인 대리 부모

날짜

기타 IFSP 참여자(정자체 성명, 자격증, 역할/조직, 서명, 날짜):

다음은 인터넷 또는 서면으로 참석한 사람입니다(구체적 설명):

번역자/통역자(사용한 경우):

다음의 관련 서류를 첨부합니다.

다음의 서류에 대한 복사본.

IFSP TCM

자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

버지니아주의
영유아 단체



VIII. IFSP 동의서

의사의 증명서: 본인은 IFSP 에서 설명하는 것처럼 서비스가 의료적으로 이 영유아에게 필요하다는 것을 보증하고

증명합니다.

서명

자격증

날짜

자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

IX. IFSP 검토 기록

검토 목적: 6 개월 검토 검토 신청자:: 검토일:

요약(검토로 인해 변경해야 하는 이유 포함):

변경 사항: _____ 변경을 위한 예정 시작 날짜

부모 동의서

본인은 이 IFSP 검토 기록과 함께 IDEA 의 PART C 에 의거한 가족의 권리 사본(버지니아주의 영유아 단체 PART C 조기 개입 시스템의 아동 및 가족 보호조항 통지)을 수령했습니다. 권리에 대해 본인에게 설명을 했으며, 이를 이해하고 있습니다. 본인은 IFSP 구축에 참여했으며, 버지니아주의 영유아 단체 시스템(Infant & Toddler Connection of Virginia system)과 본 IFSP 에 나열된 활동(들)을 서비스 제공자가 수행하도록 하는 정보가 담긴 동의서를 제출했습니다.

동의란 본인의 모국어(명백히 구사가 불가능한 상황 제외) 또는 기타 의사 표현 방법으로 본 동의가 추구하는 활동(들)에 대한 모든 정보를 완전히 제공받았으며, 본 동의서에서 구하는 활동(들)이 수행한다는 서면을 모두 이해하고 동의했으며, 본 동의서는 활동(들)을 설명하고 있으며, 그리고 본인이 승인한 동의는 자발적인 것이며 언제든지 서면으로 취소할 수 있는 것입니다.

본인은 이러한 서비스(들)를 거절하더라도 버지니아 영유아 단체 시스템을 통해 본인의 자녀 또는 가족이 받는 기타 조기 개입 서비스에는 지장이 없다는 사실을 이해하고 있습니다.

본인은 본인의 IFSP 가 버지니아주의 지역 영유아 단체 시스템과 본 IFSP 를 평가 그리고/또는 발달 그리고/또는 실행하는 서비스 제공자 사이에서 공유될 것이라는 사실을 이해하고 있습니다.

서명자(하나만 선택): 부모 법적 후견인 대리 부모 날짜

기타 IFSP 참여자(정자체 성명, 자격증, 역할/조직, 서명, 날짜):

다음은 인터넷 또는 서면으로 참석한 사람들입니다(구체적 설명):

IFSP TCM

자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

의사의 증명서: 본인은 IFSP 에서 설명하는 것처럼 서비스가 의료적으로 이 영유아에게 필요하다는 것을 보증하고
증명합니다.

서명

자격증

날짜

자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____

IX. IFSP 검토 기록

검토 목적: 분기별 TCM/IFSP 검토

검토일: _____

요약(검토로 인해 변경해야 하는 이유 포함):

일반적인 상태(건강 및 안전 포함):

중요 사건:

진척 또는 진척 없음:

서비스에 대한 만족도:

변경 사항:

변경을 위한 예정 시작 날짜

부모 동의서

본인은 이 IFSP 검토 기록과 함께 IDEA 의 PART C 에 의거한 가족의 권리 사본(버지니아주의 영유아 단체 PART C 조기 개입 시스템의 아동 및 가족 보호조항 통지)을 수령했습니다. 권리에 대해 본인에게 설명을 했으며, 이를 이해하고 있습니다. 본인은 IFSP 구축에 참여했으며, 버지니아주의 영유아 단체 시스템(Infant & Toddler Connection of Virginia system)과 본 IFSP 에 나열된 활동(들)을 서비스 제공자가 수행하도록 하는 정보가 담긴 동의서를 제출했습니다.

동의란 본인의 모국어(명백히 구사가 불가능한 상황 제외) 또는 기타 의사 표현 방법으로 본 동의가 추구하는 활동(들)에 대한 모든 정보를 완전히 제공받았으며, 본 동의서에서 구하는 활동(들)이 수행한다는 서면을 모두 이해하고 동의했으며, 본 동의서는 활동(들)을 설명하고 있으며, 그리고 본인이 승인한 동의는 자발적인 것이며 언제든지 서면으로 취소할 수 있는 것입니다.

본인은 이러한 서비스(들)를 거절하더라도 버지니아 영유아 단체 시스템을 통해 본인의 자녀 또는 가족이 받는 기타 조기 개입 서비스에는 지장이 없다는 사실을 이해하고 있습니다.

본인은 본인의 IFSP 가 버지니아주의 영유아 단체 시스템과 본 IFSP 를 실행하는 서비스 제공자 사이에서 공유될 것이라는 사실을 이해하고 있습니다.

서명자(하나만 선택): 부모 법적 후견인 대리 부모

날짜

기타 IFSP 참여자(정자체 성명, 자격증, 역할/조직, 서명, 날짜):

다음은 인터넷 또는 서면으로 참석한 사람들입니다(구체적 설명):

IFSP TCM

자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ 생년월일: _____



의사의 증명서: 본인은 IFSP 에서 설명하는 것처럼 서비스가 의료적으로 이 영유아에게 필요하다는 것을 보증하고
증명합니다.

서명

자격증

날짜



자녀의 이름: _____

IFSP 날짜: _____ DOB: _____

**버지니아주의
영유아 단체
추가 사항**

(서비스 세부 사항에 대해서는 IFSP 의 6 페이지에 있는 해당 번호를 참조하십시오.)

#	서비스	서비스 제공자 (이름, 기관, 주소, 전화번호)	현재?
1	서비스 진행		<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
2			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
3			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
4			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
5			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
6			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
7			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
8			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님
			<input type="checkbox"/> 아님

본인에게 본인 지역 시스템 구역의 지불인 네트워크 안에 있는 제공 기관 중에서 선택할 수 있는 기회가 주어졌습니다.

서명자 (하나만 선택): <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 법적 후견인 <input type="checkbox"/> 대리 부모	날짜
서명자 (하나만 선택): <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 법적 후견인 <input type="checkbox"/> 대리 부모	날짜
서명자 (하나만 선택): <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 법적 후견인 <input type="checkbox"/> 대리 부모	날짜