

Tên của Đứa Trẻ: _____

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi



Connection of Virginia

Ngày Lập Bản IFSP: _____ Ngày Tháng Năm Sinh: _____

Trang 3

III. Thăm Định của Nhóm Trình Bày Chi Tiết

Bao gồm các cơ sở giới thiệu và/các lý do phải giới thiệu, thông tin về định bệnh (nhấn mạnh những điều liên quan đến lý do phải giới thiệu) triệu chứng liên quan đến sự phát triển về thể xác và tâm thần (bao gồm các bệnh sử, triệu chứng và bệnh tình, sức khỏe hiện tại), bản trình bày về mức độ phát triển hiện tại của đứa trẻ trong mọi lãnh vực phát triển, kết quả thử nghiệm về thính thị, và tóm lược các ưu điểm và hạn chế về chức năng.

Multiple horizontal lines for writing the assessment details.

Những người sau đây đã tham gia thủ tục thăm định về lập kế hoạch dịch vụ (Viết tên bằng chữ in, văn bằng chứng chỉ, chức vụ/tổ chức, chữ ký, ngày):

Multiple horizontal lines for listing participants in the assessment process.

Thông tin thu được từ các thủ tục thăm định được tiến hành bên ngoài hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia đã được sử dụng để thăm định về lập kế hoạch dịch vụ (Tên viết bằng chữ in, văn bằng chứng chỉ, tổ chức):

Multiple horizontal lines for listing information from external assessment procedures.

IFSP

Tên của Đứa Trẻ: _____

Ngày Lập Bản IFSP: _____ Ngày Tháng Năm Sinh: _____

IV. Kết Quả Can Thiệp Sớm

Ngày Bổ Sung Kết Quả: _____

Kết Quả (Mục Tiêu Chức Năng Dài Hạn) #__ Ngày Mục Tiêu: _____ Ngày gặp, thay đổi hoặc chấm dứt: _____

Các cơ hội và hoạt động học tập dựa trên các sở thích và khả năng của đứa trẻ và gia đình:

Các Mục Tiêu Ngắn Hạn	Ngày Mục Tiêu	Ngày Gặp
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Các Biện Pháp Can Thiệp (Thế thức và/hoặc phương thức điều trị)

Tên của Đứa Trẻ: _____

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi

Ngày Lập Bản IFSP: _____ Ngày Tháng Năm Sinh: _____

Connection of Virginia

V. Các Dịch Vụ Cần Thiết để Đạt Kết Quả Can Thiệp Sớm

CÁC DỊCH VỤ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC HƯỞNG	MỨC ĐỘ THƯỜNG XUYÊN (# x/tuần/tháng/một lần)	MỨC ĐỘ (# phút/buổi)	NHÓM (G) / CA NHÂN (I)	PHƯƠNG PHÁP** (a, b, c, d)	ĐỊA ĐIỂM / MÔI TRƯỜNG TỰ NHIÊN (Phải là môi trường tự nhiên trừ khi có ghi rõ trong phần dưới)	TRẢ TIỀN	NGÀY DỰ KIẾN BẮT ĐẦU	NGÀY DỰ KIẾN KẾT THÚC	NGÀY THỰC SỰ KẾT THÚC
						1. Lệ Phí Gia Đình 2. Bảo Hiểm 3. Medicaid, 4. Trợ Cấp Tiểu Bang 5. Trợ Cấp Địa Phương 6. Phần C			
1. Điều Phối Dịch Vụ	*	*		Điều phối dịch vụ					
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

* Đây là mức độ thường xuyên và cường độ tiếp xúc trực tiếp tối thiểu của điều phối viên dịch vụ. Mức độ thường xuyên và mức độ phối hợp dịch vụ được cung cấp trong thực tế sẽ khác nhau vì điều phối dịch vụ là một qui trình thường xuyên và linh hoạt, thay đổi tùy thuộc vào các vấn đề ưu tiên và nhu cầu của gia đình quý vị.

** Các phương pháp: a = Chỉ dẫn, với thực hành khi thích hợp b = Cố vấn c = Thẩm định d = Cung cấp máy móc kỹ thuật trợ giúp

Giải thích lý do tại sao không đạt được kết quả can thiệp sớm một cách thỏa đáng trong môi trường tự nhiên và cần phải có một kế hoạch với các thời hạn và biện pháp trợ giúp cần thiết để đưa các dịch vụ can thiệp sớm trở lại môi trường tự nhiên:

Lý do ngày dự kiến bắt đầu bị dời lại - Đối với mỗi dịch vụ dự định sẽ bắt đầu hơn 30 ngày tính theo lịch sau khi gia đình ký bản IFSP, xin cho biết lý do là do ưu tiên sắp xếp ngày, giờ của gia đình, do nhóm chọn một ngày bắt đầu trễ hơn để đáp ứng nhu cầu của gia đình và đứa trẻ, hay lý do khác:

VI. Các Dịch Vụ Khác (Các dịch vụ cần thiết, nhưng không được hưởng theo Luật Phần C - trong đó bao gồm các dịch vụ y tế như khám sức khỏe cho trẻ em khỏe mạnh, liên lạc tiếp với bác sĩ chuyên khoa vì các mục đích y khoa v.v...)

ĐIỀU PHỐI	NHÀ CUNG CẤP	ĐỊA ĐIỂM	CÁC BƯỚC CẦN ÁP DỤNG ĐỂ GIÚP CÓ ĐƯỢC DỊCH VỤ

Tên của Đứa Trẻ: _____ Ngày Tháng Năm Sinh: _____

Ngày Lập Bản IFSP: _____ Sinh: _____

VII. Lập Kế Hoạch Chuyển Tiếp

Thông tin sau đây về việc chuyển tiếp được bàn thảo bắt đầu từ bản IFSP đầu tiên:

- o Việc chuyển tiếp sẽ xảy ra khi con quý vị rời chương trình can thiệp trợ giúp trẻ nhỏ. Việc lập kế hoạch trong trang này sẽ giúp quý vị và con quý vị chuyển tiếp suôn sẻ từ chương trình can thiệp sớm sang bước kế tiếp cho con quý vị.
- o Các lựa chọn sau khi rời chương trình can thiệp sớm (ví dụ: các chương trình trong cộng đồng như các trường mầm non trong khu phố, Head Start, chương trình giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ qua các trường công lập).
- o Thời điểm chuyển tiếp
 - Khi con quý vị đạt mức phát triển thích hợp với độ tuổi trong tất cả các lãnh vực và không hội đủ các tiêu chuẩn điều kiện khác để nhận dịch vụ can thiệp sớm
 - Khi con quý vị tròn ba tuổi, có nghĩa là em ngừng hội đủ điều kiện nhận dịch vụ can thiệp sớm
 - Khi và nếu con quý vị bắt đầu hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ qua các trường công lập (từ 2 tới 3 tuổi), nếu quý vị muốn nhận các dịch vụ này. Trẻ em không được tham gia chương trình can thiệp sớm và chương trình giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ qua các trường công lập cùng một lúc.

Thông tin này do _____ (tên viết tắt của điều phối viên dịch vụ) bàn thảo ngày _____ (ngày)

Các Ngày Quan Trọng để Lập Kế Hoạch Chuyển Tiếp:

_____ - ngày mục tiêu để giới thiệu đi xác định tình trạng hội đủ điều kiện nếu quý vị muốn nhận các dịch vụ giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ qua hệ thống học đường địa phương (phải giới thiệu trước ngày 1 tháng Tư của năm mà con quý vị tròn 2 tuổi trước ngày 30 tháng Chín, nếu quý vị muốn con mình bắt đầu đi học vào ngày đầu tiên của năm học kế tiếp).

_____ (ngày đứa trẻ tròn 3^{tuổi}) – ngày mà con quý vị không còn hội đủ điều kiện nhận dịch vụ can thiệp sớm

Thông Báo cho Phân Ban Học Đường Địa Phương:

Tên, địa chỉ, số điện thoại và ngày tháng năm sinh của con chúng tôi sẽ được gửi cho _____ (phân ban học đường) trễ nhất là ngày _____ (ngày), trừ khi chúng tôi không đồng ý. Việc gửi thông tin này sẽ giúp phân ban học đường biết những cư dân cộng đồng nào hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ giáo dục đặc biệt. Đây không phải là thư giới thiệu cho các dịch vụ đó và không có nghĩa là quý vị quan tâm tới các dịch vụ đó.

Tôi không muốn gửi tên, địa chỉ, số điện thoại và ngày tháng năm sinh của con tôi cho phân ban học đường địa phương.

_____ (tên viết tắt của phụ huynh/ngày)

Tôi đã thay đổi ý định và đồng ý cho gửi thông tin này cho phân ban học đường địa phương.

_____ (tên viết tắt của phụ huynh/ngày)

Ngày Gửi Thông Báo: _____

Các Yêu Cầu Lập Kế Hoạch Chuyển Tiếp

Các hoạt động chuyển tiếp đã thực hiện sẽ tùy thuộc vào kế hoạch chuyển tiếp và các vấn đề ưu tiên của gia đình quý vị.

Các Bước Chuyển Tiếp/Các Hoạt Động	Ngày Mục Tiêu	Ngày Hoàn Thành	Tên Viết Tắt của Người Hoàn Thành
Dựa trên các vấn đề ưu tiên của gia đình và kế hoạch chuyển tiếp của quý vị, điều phối viên dịch vụ sẽ:			
1. Giúp gia đình quý vị tìm hiểu các lựa chọn về chương trình trong cộng đồng, trong đó có thể bao gồm các dịch vụ giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ, cho con quý vị			
a. Cung cấp thông tin (bao gồm cả địa chỉ liên lạc của chương trình) về các lựa chọn trong cộng đồng sau khi can thiệp sớm, theo nguyện vọng của gia đình quý vị. Thông tin được cung cấp về các chương trình sau đây:			
b. Thu xếp các buổi tới các chương trình, theo nguyện vọng của gia đình quý vị. Các chương trình tới thăm:			
c. Cho biết tên của các gia đình khác (được họ cho phép), là những người đã chuyển tiếp tới các chương trình gia đình quý vị đang cân nhắc, theo nguyện vọng của gia đình quý vị.			
d. Các bước/hoạt động khác:			

Tên của Đứa Trẻ: _____

Ngày
Tháng
Năm
Sinh: _____

Ngày Lập Bản
IFSP: _____

Các Bước Chuyển Tiếp/Các Hoạt Động	Ngày Mục Tiêu	Ngày Hoàn Thành	Tên Viết Tắt của Người Hoàn Thành
Dựa trên các vấn đề ưu tiên của gia đình và kế hoạch chuyển tiếp của quý vị, điều phối viên dịch vụ sẽ:			
<p>2. Khi được quý vị cho phép, chương trình sẽ giới thiệu tới phân ban học đường địa phương hoặc các chương trình khác theo nguyện vọng</p> <p>a. Có được chấp thuận của phụ huynh trong mẫu tiết lộ thông tin vào ngày _____ (ngày)</p> <p>b. Khi phụ huynh đồng ý trong mẫu chấp thuận cho tiết lộ thông tin, chương trình sẽ giới thiệu con quý vị và gửi thông tin cụ thể liên quan tới đứa trẻ cho chương trình hoặc nhà cung cấp dịch vụ tương lai (ví dụ như các báo cáo thẩm định, IFSP v.v.). Ghi các thông tin được gửi đi:</p> <p>c. Thư giới thiệu được gửi cho _____ (chương trình) vào _____ (ngày)</p> <p>d. Các bước/hoạt động khác:</p>			
<p>3. Nếu gia đình quý vị muốn chuyển sang nhận các chương trình dịch vụ giáo dục đặc biệt cho trẻ nhỏ, hãy tổ chức cuộc họp về vấn đề chuyển tiếp trong vòng 90 ngày giữa quý vị, điều phối viên dịch vụ, và người của chương trình mới để lập kế hoạch chuyển tiếp.</p> <p>a. <i>Mẫu Thông Báo Trước</i> cho phụ huynh được cung cấp vào ngày _____ (ngày) Phụ huynh <input type="checkbox"/> chấp thuận/ <input type="checkbox"/> không chấp thuận cuộc họp.</p> <p>b. Điều phối viên dịch vụ bảo đảm sắp xếp ngày, giờ và địa điểm họp và bảo đảm các bên có nghĩa vụ phải tham gia:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Buổi bàn thảo về vấn đề chuyển tiếp được tổ chức vào ngày _____ (ngày) o Những người sau đây đã tham gia: <input type="checkbox"/> (Cha mẹ - bắt buộc), <input type="checkbox"/> (chương trình can thiệp sớm - bắt buộc), <input type="checkbox"/> (phân ban học đường - bắt buộc), <input type="checkbox"/> (người khác) <input type="checkbox"/> (người khác) <p>c. Kết quả của cuộc gặp bàn thảo về vấn đề chuyển tiếp (ví dụ như lập kế hoạch thẩm định thêm, buổi họp IEP, trong đó bao gồm cả việc quyết định nơi học v.v...):</p>			
<p>4. Sau khi đã xác định nơi chuyển tiếp cho con quý vị, hãy giúp gia đình và con quý vị chuẩn bị sẵn sàng để thích nghi (theo nguyện vọng của gia đình quý vị) với các thay đổi về biện pháp trợ giúp và dịch vụ để quý vị có thể chuyển tiếp suôn sẻ từ chương trình này sang chương trình khác</p> <p>a. Con quý vị sẽ chuyển sang _____ vào ngày _____ (ngày dự kiến)</p> <p>b. Giúp con quý vị và gia đình chuẩn bị sẵn sàng cho chương trình/nơi học mới bằng cách:</p>			
<p>5. Loại con quý vị ra khỏi hệ thống địa phương Phần C trước khi em tròn 3 tuổi</p> <p>a. Có ký mẫu <i>Thông Báo Trước</i> cho Phụ Huynh không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>b. Nếu đứa trẻ thuộc diện không có hoạt động hiện tại: mẫu <i>Thông Báo Trước</i> cho Phụ Huynh được gửi vào ngày _____ (ngày) <i>Có ký mẫu Thông Báo Trước</i> cho Phụ Huynh không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>c. Ngày đuổi học/dóng cửa _____</p>			

Tên của Đứa Trẻ: _____

Trẻ Sơ Sinh & Trẻ Mới Biết Đi

Ngày Lập Bản IFSP: _____ Ngày Tháng Năm Sinh: _____

Connection of Virginia

Trang 8

VIII. THỎA THUẬN IFSP**Chấp Thuận Nhận Cung Cấp Các Dịch Vụ Can Thiệp Sớm của Phụ Huynh:**

Tôi đã nhận được một bản sao về các quyền của gia đình theo Phần C của Đạo Luật IDEA (*Thông Báo về Các Quyền của Trẻ Em và Gia Đình trong Hệ Thống Can Thiệp Sớm theo Đạo Luật Phần C của Infant & Toddler Connection of Virginia*) và một bản sao "Dữ Kiện Thực Tế về Khoản Phí Tôn Đồng Trả của Gia Đình" (dành cho bản kế hoạch IFSP hàng năm) cùng với bản IFSP này. Tôi đã được giải thích về các quyền và thông tin về khoản phí tôn đồng trả của gia đình và tôi hiểu các thông tin đó. Tôi đã tham gia lập bản IFSP này và sau khi biết thông tin, tôi đã đồng ý cho hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia và các nhà cung cấp dịch vụ tiến hành (các) hoạt động ghi trong bản IFSP này.

Chấp thuận có nghĩa là tôi đã được thông báo đầy đủ về mọi thông tin liên quan tới các hoạt động cần có chấp thuận đó, bằng tiếng mẹ đẻ của tôi (trừ khi rõ ràng là không thể làm được như vậy) hoặc phương thức giao tiếp khác; tôi hiểu và có văn bản đồng ý cho tiến hành (các) hoạt động cần có chấp thuận này; giấy chấp thuận này mô tả (các) hoạt động đó, và quyết định chấp thuận của tôi là tự nguyện, và tôi có thể hủy bỏ bằng văn bản vào bất cứ lúc nào.

Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối một hoặc nhiều dịch vụ mà không làm phương hại tới (các) dịch vụ can thiệp sớm nào mà con tôi hoặc gia đình tôi nhận được qua hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia.

Tôi hiểu rằng IFSP của tôi sẽ được tiết lộ trong hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia địa phương, kể cả với những người cung cấp dịch vụ tham gia thủ tục thẩm định và/hoặc phát triển và/hoặc áp dụng chương trình IFSP này.

Chữ ký của (đánh dấu vào một ô): Phụ Huynh Người Giám Hộ Hợp Pháp Đại Diện Phụ Huynh

Ngày

Những Người Khác Tham Gia IFSP (Tên viết bằng chữ in, văn bằng chứng chỉ, chức vụ/tổ chức, chữ ký, ngày):

Các cá nhân sau đây đã tham gia điền bản thăm dò ý kiến trên mạng điện tử hoặc bằng văn bản (ghi rõ loại nào):

Thông Dịch Viên (nếu áp dụng):

Các tài liệu liên quan sau đây được gửi kèm theo:

Các bản sao cho:

Chứng Thực của Bác Sĩ (Cần phải có để gửi bill cho bảo hiểm): Tôi chứng thực và chấp thuận rằng dịch vụ _____, như trình bày trong IFSP, là y tế cần thiết cho đứa trẻ này.

Chữ ký

Văn bằng chứng chỉ

Ngày

IFSP

Tên của Đứa Trẻ: _____

Ngày Lập Bản
IFSP: _____

Ngày
Tháng
Năm
Sinh: _____



Trang 9

IX. Hồ Sơ Duyệt Xét IFSP

Mục Đích Duyệt Xét: Duyệt Xét 6 tháng Sau Khi Có Yêu Cầu của: _____ Ngày Duyệt Xét: _____

Bản Tóm Lược (Cho biết lý do dẫn tới bất kỳ thay đổi nào do duyệt xét này):

(Các) thay đổi:

Ngày dự kiến bắt đầu thay đổi:

Chấp Thuận của Phụ Huynh

Tôi đã nhận được một bản sao về các quyền của gia đình theo Phần C Đạo Luật IDEA (*Thông Báo về Các Quyền của Trẻ Em và Gia Đình trong Hệ Thống Can Thiệp Sớm Phần C của Infant & Toddler Connection of Virginia*) cùng với Hồ Sơ Duyệt Xét IFSP này. Tôi đã được giải thích và hiểu rõ về các quyền này. Tôi đã tham gia lập Hồ Sơ Duyệt Xét IFSP này và sau khi biết thông tin, tôi đã đồng ý cho hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia và các nhà cung cấp dịch vụ tiến hành (các) hoạt động ghi trong Hồ Sơ Duyệt Xét IFSP này.

Chấp thuận có nghĩa là tôi đã được thông báo đầy đủ về mọi thông tin liên quan tới các hoạt động cần có chấp thuận đó, bằng tiếng mẹ đẻ của tôi (trừ khi rõ ràng là không thể làm được như vậy) hoặc phương thức giao tiếp khác; tôi hiểu và có văn bản đồng ý cho tiến hành (các) hoạt động cần có chấp thuận này; giấy chấp thuận này mô tả (các) hoạt động đó, và quyết định chấp thuận của tôi là tự nguyện, và tôi có thể hủy bỏ bằng văn bản vào bất cứ lúc nào.

Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối một hoặc nhiều dịch vụ mà không làm phương hại tới (các) dịch vụ can thiệp sớm nào mà con tôi hoặc gia đình tôi nhận được qua hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia.

Tôi hiểu rằng IFSP của tôi sẽ được tiết lộ trong hệ thống Infant & Toddler Connection of Virginia địa phương, kể cả với những người cung cấp dịch vụ tham gia thủ tục thẩm định và/hoặc phát triển và/hoặc áp dụng chương trình IFSP này.

Chữ ký của (đánh dấu vào một ô): Phụ Huynh Người Giám Hộ Hợp Pháp Đại Diện Phụ Huynh _____ Ngày _____

Những Người Khác Tham Gia IFSP (Tên viết bằng chữ in, văn bằng chứng chỉ, chức vụ/tổ chức, chữ ký, ngày):

Những người sau đây tham gia qua mạng điện tử hoặc bằng văn bản (ghi rõ phương thức nào):

Chứng Thực của Bác Sĩ: Tôi chứng thực và chấp thuận rằng dịch vụ _____, như trình bày trong IFSP, là y tế cần thiết cho đứa trẻ này.

Chữ ký

Văn bằng chứng chỉ

Ngày

IFSP
Tên của Đứa Trẻ: _____

Ngày Lập Bản
IFSP: _____

Ngày
Tháng
Năm
Sinh: _____

Phụ Lục

(Xem số tương ứng ở trang 6 của IFSP để biết chi tiết các dịch vụ)

#	Điều phối	NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ (Tên, cơ quan, địa chỉ, số điện thoại)	Hiện tại?
1	Điều Phối Dịch Vụ		<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
2			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
3			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
4			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
5			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
6			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
7			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
8			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K
			<input type="checkbox"/> K

Tôi được cho cơ hội lựa chọn trong số các cơ quan cung cấp dịch vụ đang hoạt động tại khu vực hệ thống của tôi và ở trong hệ thống trả tiền cho tôi.

Cho dịch vụ số # _____

Chữ ký của (đánh dấu vào một ô): Phụ Huynh Người Giám Hộ Hợp Pháp Đại Diện Phụ Huynh

Ngày _____

Cho dịch vụ số # _____

Chữ ký của (đánh dấu vào một ô): Phụ Huynh Người Giám Hộ Hợp Pháp Đại Diện Phụ Huynh

Ngày _____

Cho dịch vụ số # _____

Chữ ký của (đánh dấu vào một ô): Phụ Huynh Người Giám Hộ Hợp Pháp Đại Diện Phụ Huynh

Ngày _____