



수혜 자격 결정 양식

Infant & Toddler
Connection of Virginia

아동 이름:

생년월일:

연령/조정연령:

부모 성명:

서비스 조정관 성명

해당 수혜자격 결정 종류: 최초 연간 중간

수혜자격 결정일자:

수혜자격 의견: 미국 연방 규정집(34 CFR 303.300 및 303.322)에 의거하여 상기 아동에 대한 수혜자격 결정 절차를 수행하였으며 아래와 같은 결론을 내리게 되었습니다.

이 아동은 버지니아주 영유아 단체의 서비스 수혜 자격이 **없음**

담당 기관:

다음 기준에 따라 이 아동은 버지니아주 영유아 단체의 서비스 수혜 자격이 있음 (모든 해당 사항 선택)

발달 지체(Developmental Delay) – 적어도 발달의 한 분야에서 생활 연령(C.A.) 또는 미숙아 출산으로 인한 조정 연령의 최소 25% 이상 발달 지체를 보이는 영유아.

비전형 발달(Atypical development)

신체적 또는 정신적 상태가 발달 지체로 이어질 가능성이 높은 것으로 진단 받음.

진단받은 육체적 또는 정신적 상태에 대한 증거자료가 있는 분야를 체크(√)하십시오.

다음과 같은 사항들 외에도 추가로 다른 사항들이 포함될 수도 있습니다.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 심각한 뇌질환을 동반한 발작 | <input type="checkbox"/> 퇴원 시 신경이상 검사에서 뇌 혹은 척수 이상성 장애 판정 |
| <input type="checkbox"/> 중증의 중추신경계 이상 | <input type="checkbox"/> 선천성 대사 장애 |
| <input type="checkbox"/> 뇌수종을 수반한 중증의 3 등급 뇌실내 출혈
혹은 4 등급 뇌실내 출혈 | <input type="checkbox"/> 소두증(작은 머리증) |
| <input type="checkbox"/> 선천성 감염 증상 | <input type="checkbox"/> 중증의 애착 장애 |
| <input type="checkbox"/> 태아 알코올 증후군, 약물금단 및 경련
방지제(anticonvulsants),
항암제(antineoplastics) 및
항응고제(anticoagulants)의 만성적 사용에 따른
독소 노출로 인한 영향 | <input type="checkbox"/> 성장 실패(failure to thrive) |
| <input type="checkbox"/> 척수수막류(meningomyelocele) | <input type="checkbox"/> 자폐 스펙트럼 장애 |
| <input type="checkbox"/> 선천적 혹은 후천적 청각 상실 | <input type="checkbox"/> 지체 장애로 연결될 가능성이 높은 내분비 장애 |
| <input type="checkbox"/> 시각 장애 | <input type="checkbox"/> 지체 장애로 연결될 가능성이 높은 이상
혈색소증 |
| <input type="checkbox"/> 다운 증후군 등의 염색체 이상 | <input type="checkbox"/> 구순열 또는 구개 파열 |
| | <input type="checkbox"/> 여러 분야의 전문가들로 구성된
팀(multidisciplinary team)의 판단에 따른 기타
신체적 정신적 상태.
기타 사항을 기술하십시오. |

수혜자격 결정에 사용된 방법 및 서류

다음 중 해당되는 수혜자격 결정에 사용된 방법을

- 아동의 현재 건강상태, 신체 발달(시각 및 청각 포함)과 병력과 관련하여 주치의 및 다른 출처에서 입수한 최근 6 개월 이내의 관련 의료 기록에 대한 재검토 검토된 기록:
- 부모의 동의 하에 6 개월 이상 경과된 출생 기록, 신생아 검사 결과, 조기 병력 등과 같은 다른 기록들에 대한 재검토.
- 현재 진행 중인 평가(중간 또는 연례 결정에 한함)



수혜 자격 결정 양식

Infant & Toddler
Connection of Virginia

아동 이름:	생년월일:	연령/조정연령:
체크(✓)하십시오. <input type="checkbox"/> 부모에 대한 보고서 <input type="checkbox"/> 공식적/비공식적 관찰 <input type="checkbox"/> 입수한 임상 의견 <input type="checkbox"/> Part C 시력 검사 <input type="checkbox"/> Part C 청력 검사 <input type="checkbox"/> 종합적 발달 검사 <ul style="list-style-type: none"> ○ 발달 검사 담당자: 발달 검사에 사용된 도구: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 기타 ○ 기타 사항을 기술하십시오. 		

수혜자격에 대한 설명

(중요한 정보에 대한 설명 및 그 정보를 수혜자격 결정에 이용한 내용에 대해 서술하십시오)

수혜자격 결정 팀

수혜자격 결정 과정에 다음과 같은 사람들이 참가하였습니다.

서비스 조정관(서명)	<input type="checkbox"/> 회의 참석 <input type="checkbox"/> 서면 보고서 제출 <input type="checkbox"/> 외부 정보원에서 입수한 서면 보고서 재검토 <input type="checkbox"/> 전화, 이메일 등으로 참여
-------------	--



수혜 자격 결정 양식

Infant & Toddler
Connection of Virginia

아동 이름:	생년월일:	연령/조정연령:
<i>서비스 제공자(서명 및 직책)</i>		<input type="checkbox"/> 회의 참석 <input type="checkbox"/> 서면 보고서 제출 <input type="checkbox"/> 외부 정보원에서 입수한 서면 보고서 재검토 <input type="checkbox"/> 전화, 이메일 등으로 참여
<i>서비스 제공자(서명 및 직책)</i>		<input type="checkbox"/> 회의 참석 <input type="checkbox"/> 서면 보고서 제출 <input type="checkbox"/> 외부 정보원에서 입수한 서면 보고서 재검토 <input type="checkbox"/> 전화, 이메일 등으로 참여
<i>서비스 제공자(서명 및 직책)</i>		<input type="checkbox"/> 회의 참석 <input type="checkbox"/> 서면 보고서 제출 <input type="checkbox"/> 외부 정보원에서 입수한 서면 보고서 재검토 <input type="checkbox"/> 전화, 이메일 등으로 참여

이 양식에는 서로 다른 두 가지 분야에 대해 기술되어 있어야 합니다.
인쇄된 이름이나 전자 서명을 사용할 수 있습니다.