



Infant & Toddler Connection of Virginia

개별 가족 서비스 플랜(IFSP)
Local System Name Here

섹션 I: 아동 및 가족 정보

아동 이름: _____ 생년월일: _____

성별: M F 아동의 거주 카운티 또는 도시 _____

개시

IFSP 날짜: _____ 연례 # _____ 6 개월 심사 시한: _____

심사 완료일: _____

가족의 주요 사용 언어 및/또는 대화 수단 _____ 아동의 언어(다른 경우) _____

Medicaid 번호(선택 사항) _____

부모 및/또는 기타 가족 구성원의 이름, 주소, 전화번호 및 기타 연락처:

서비스 코디네이터의 이름, 기관, 주소, 전화번호, 이메일 및 팩스 번호:

조기 개입(Early Intervention) 서비스는 *연방 장애인 교육법(Individuals with Disabilities Education Act)*
파트 C 에 따라 적격한 아동 및 그 가족에 제공됩니다.

아동 이름: _____
IFSP 날짜: _____ DOB: _____



섹션 II: 팀 평가

A. 의뢰 정보, 의료 기록, 건강 상태:

B. 일일 활동 및 일상 생활

조기 개입 지원 및 서비스는 가족의 일상에 맞출 수 있도록 고안되며, 자녀의 일상 활동의 일부로 이루어집니다.

- 자녀가 매일(또는 매주) 하는 일
- 자녀가 좋아하는 활동
- 귀하 또는 자녀가 어려워하거나 감당하지 못하는 활동 또는 하루 중 시간(있는 경우)
- 귀하와 자녀가 가는 장소(또는 가길 좋아하는 장소)
- 가족으로서 하고 싶어하나 자녀의 필요사항으로 인해 할 수 없는 일(있는 경우)

C. 가족의 걱정거리, 우선순위 및 자원:

귀하의 자녀와 가족을 최대한 지원하는 데 있어, 귀하의 가족에게 정말로 중요한 것이 무엇인지를 이해하는 것은 큰 도움이 됩니다. 가족의 걱정거리, 우선순위 및 자원은 자녀와 가족의 필요사항을 다루는데 있어 그 결과를 발전시키고, 전략 및 활동을 식별하는 데 기준으로 이용될 것입니다. 공유할 정보의 양은 귀하의 선택에 달려 있습니다.

자발적 참여!

본 섹션을 작성하지 않으셔도 자녀에게 서비스는 여전히 제공됩니다.

_____ IFSP 에 이 정보를 포함하지 않을 것을 선택한 경우, 부모 이니셜.

가족의 걱정거리

자녀의 건강 및/또는 발달에 관한 본인의 걱정거리(있는 경우). 자녀 및/또는 가족을 위해 본인에게 필요한 정보, 자원 및/또는 지원.

가족의 우선순위

자녀 및/또는 가족에 있어 가장 중요한 사안

가족의 자원

지원을 위해 자녀/가족이 보유하고 있는 자원(사람, 활동, 프로그램/기관 포함)

아동 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ DOB: _____



섹션 II: 팀 평가

D. 자녀 발달에 관한 요약(생활 연령을 기반으로 한 동일 연령군과의 비교, 해당 비교는 조산에 대한 조정은 하지 않습니다. 연례 IFSP 에서, 이 섹션은 첫 IFSP 이후 발견된 자녀의 새로운 능력도 문서화합니다.)

사회성/정서 능력(사회적 관계 포함): 이 영역은 자녀가 자신의 감정을 어떻게 의사표현하는지를 포함하여, 자녀가 성인 및 다른 아동들과 어떻게 교류하는지와 연관되어 있습니다.

동일 연령군의 다른 어린이와 비교한 자녀의 발달

조기 언어/의사소통을 포함한 지식 및 능력의 획득 및 사용 이 영역은 자신이 알고 있고 이해하고 있는 것에 대해 흉내내기, 사고하기, 기억하기, 문제 해결 능력 및 언어 사용(몸짓 포함)의 발달을 포함하여 의사소통하는 방법을 어떻게 학습하였는지와 연관되어 있습니다.

동일 연령군의 다른 어린이와 비교한 자녀의 발달

요구 충족을 위한 행동 취하기: 이 영역은 자녀가 자신이 필요한 것을 귀하에게 어떻게 알리는지, 자신이 가고 싶은 곳에 어떻게 가는지, 자신을 돌보는 방법을 어떻게 학습하는지, 예를 들어, 옷입기, 옷벗기, 먹기, 밤 동안 자기, 화장실 이용하기 등에 연관되어 있습니다. 또한 자녀가 안전과 관련한 지시를 따르는 방법을 어떻게 학습하는지도 포함됩니다.

동일 연령군의 다른 어린이와 비교한 자녀의 발달

섹션 III:

나이 및 발달 수준

나이:	조정 나이	인지
수용 언어	순응적/자립적	대근육 발달
표현 언어	사회적 정서	소근육 발달

청각:

Virginia 파트 C 청각 검사 도구 결과: 의뢰가 필요하지 않음으로 나타남 모니터 의뢰
 상태 (가능한 경우 귀에 대한 명확한 정보):

시력:

Virginia 파트 C 시력 검사 도구 결과: 의뢰가 필요하지 않음으로 나타남 모니터 의뢰
 상태 (가능한 경우 눈에 대한 명확한 정보):

평가 소스:

- 평가 도구:
 - 하와이 조기 학습 프로파일(Hawaii Early Learning Profile, HELP) HELP Strands
 - 조기 학습 성취 프로파일(Early Learning Accomplishment Profile, E-LAP) 가족 평가
 - 유아 수용-표현 언어 발달 검사(Receptive Expressive Emergent Language Scale, REEL) 미시간
 - 바텔 발달 검사(Battelle Developmental Inventory, BDI 또는 Battelle) 로제티 영유아 언어 검사(Rossetti Infant-Toddler Language Scale)
 - 주치의 및 그 외 자녀의 현재 건강 상태, 신체적 발달(시력 및 청력 포함) 및 의료 기록과 관련한 출처로부터의 생후 육(6)개월 미만의 출생 기록 및/또는 적절한 의료 기록 검토. 기록 검토됨:
 - 진행 중인 평가(연례 팀 평가의 경우)
 - 부모 보고서
 - 공식/비공식 관찰
 - 정보에 입각한 임상적 견해
 - 기타
- 기타일 경우 자세히:

아동 이름: _____

IFSP 날짜: _____ DOB: _____



서비스 계획 평가(ASP)에 참여한 사람들(정자체로 이름, 자격증, 서명, 날짜):

부모

Name Credentials

서비스 코디네이터

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

서비스 계획 평가를 완료하기 위해 Infant & Toddler Connection of Virginia 시스템 외부에서 작성된 다음 평가에서의 정보가 사용되었습니다(정자체로 이름, 자격증, 분야 및 기관).

아동 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ DOB: _____



섹션 IV: 조기 개입의 결과

결과(장기 목표) # 1 – 서비스 코디네이션(필수)

자녀와 가족이 필요한 지원과 서비스를 받을 수 있도록 돕기 위해, 서비스 코디네이터가 다음을 보증할 것입니다.

- IFSP를 통해 귀하와 관련하여 확인된 걱정거리, 우선순위 및 자원을 다룸
- 지원과 서비스의 적절성과 타당성
- 지원 및 서비스에 대한 귀하의 만족
- 자녀와 가족의 권리 보호

단기 목표

목표 날짜

충족 날짜

발달 및 진행 중인 심사와 IFSP 개정에 대해 가족을 지원	진행 중	_____
시간의 경과와 함께 나타나는 문젯거리 또는 걱정거리를 해결할 수 있도록 가족에 지원과 협력을 제공	진행 중	_____
자녀가 정기적인 진료를 받을 수 있도록 필요에 따라 가족에 정보와 지원을 제공	진행 중	_____
다음에 대한 자원을 포함하기 위해 가족에게 식별된 지원을 제공	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

서비스 코디네이션 활동(개입):

- 서비스 모니터링을 위해 지속적인 연락 유지
- 전화/개인 방문 등 가족과 지원, 협조, 서비스를 제공하는 개인/기관과의 연락
- 적절한 커뮤니티 자원과 가족 연결
- 문제 해결을 위한 지원

아동 이름: _____

IFSP 날짜: _____ DOB: _____



섹션 IV: 조기 개입의 결과

결과 추가 날짜 _____

획득: 성취를 바란 기능 또는 행동을 설명합니다.

매일의 일상 및 활동 내에서의 구체화 또는 환경 설정: 행동이 발생하는 일상/활동을 식별합니다.

기간 동안 성취한 것에 대한 기준: 특정 기간 동안 명시된 새로운 능력/행동에 대한 빈도/기간/비율을 설명합니다.

결과(장기 기능 목표) #__ 목표 날짜: _____ 충족, 변경 또는 종료 날짜: _____

자녀와 가족의 관심사항 및 능력에 기반한 학습 기회 및 활동:

단기 목표	목표 날짜	충족 날짜

개입(치료 절차 및/또는 양식) _____

아동 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ DOB: _____



섹션 V: 조기 개입 결과 달성을 위해 필요한 서비스

자격 대상 서비스	빈도 (# x/wk/ 월/1 회)	길이 (# 분/방문)	(0)개입(1)그룹	방식** (a,b,c,d)	자연스러운 환경/장소 (아래의 정당한 사유가 있지 않는 한 자연스러운 환경 설정이여야 함)	지불 1 가족 비용 2 보험 3 Medicaid 4 주 연방 자금 5. 지방 정부 자금 6. 파트 C	예상 시작일	예상 종료일	실제 종료일
1. 서비스 코디네이션	*	*		서비스 코디네이션					
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

* 이는 서비스 코디네이터로부터의 직접 연락의 최소 빈도 및 길이입니다. 실제로 제공되는 서비스 코디네이션 빈도 및 길이는 서비스 코디네이션이 활성화되고 가족 우선순위 및 요구에 기반하여 진행 중인 프로세스가 변경되면 달라지게 됩니다.

** 방식: a = 적절한 경우 직접 참여를 포함한 코칭 b = 상담 c = 평가
 d = 보조 공학 장치 공급

자연스러운 환경 및 조기 개입 서비스에서 자연스러운 환경으로 돌아오기 위해 필요한 일정과 지원을 갖춘 계획에서 왜 조기 개입 결과가 만족스럽게 달성될 수 없는지에 대한 타당한 원인:

예상 시작일보다 늦은 이유 - 가족이 IFSP 에 서명한 이후로 30 일이 이상이 지나 시작할 계획을 세운 각 서비스에 대해, 가족의 선호에 따른 일정 조정 여부, 자녀 및 가족의 요구 충족을 위해 팀이 시작일을 늦춰 계획하였는지 여부 또는 다른 이유가 있는지 여부를 표시:

VI. 기타 서비스(파트 C 에 따라 권리가 있지는 않지만 필요한 서비스 - 유아 건강 검진, 의학적 목적의 전문가 후속 진료 등을 포함)

서비스	제공자	위치	서비스 확보 지원을 위해 취해진 조치 단계

아동 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ DOB: _____



섹션 VII: 전환 계획

전환에 관한 다음 정보는 첫 IFSP 회의 시작 시 논의됩니다.

- 자녀의 조기 개입이 끝나게 되면 전환이 이루어집니다. 이 페이지에서의 계획은 귀하와 귀하 자녀가 아무 무리 없이 조기 개입에서 자녀가 원하는 다음 단계로 이전할 수 있도록 하는 데 도움이 될 것입니다.
- 조기 개입 이후 선택 사항(예: 인근 유아원, 헤드 스타트(Head Start), 공립 학교의 유아 특수 교육과 같은 커뮤니티 프로그램)
- 가능한 전환 시기
 - 자녀가 모든 발달 영역에서 연령 수준에 도달하고, 조기 개입에 필요한 자격 요건을 더 이상 갖추지 않게 되는 시점
 - 조기 개입의 자격이 종료되는 시점인 자녀의 세 번째 생일이 되는 시기
 - 자녀가 공립 학교의 유아 특수 교육 서비스를 시작할 수 있고, 시작할 수 있는 시기(2 세에서 3 세 사이)가 되고, 귀하가 이러한 서비스에 관심이 있는 경우. 조기 개입 서비스를 받을 수 없게 되고 동시에 공립 학교에서 유아 특수 교육을 받을 수 없게 되는 경우

이 정보는 _____에 의해 _____(날짜)에 공개됨(서비스 코디네이터 이니셜)

전환 계획 시 유념해야 할 중요 날짜:

_____ - 귀하가 인근 학교에서의 유아 특수 교육 서비스에 관심이 있다면 해당 자격 결정과 관련한 통지 및 의뢰에 대한 목표 날짜(의뢰는 적어도 전환 예상 날짜로부터 90 일 이전에 이루어져야 하며, 다음 학년도 개학 첫날 수업을 시작하고자 하는 경우 9월 30 일부로 자녀가 2 세가 되는 해의 4월 1 일까지 의뢰가 이루어져야 함)
 _____ (자녀의 3 세 생일) - 자녀가 조기 개입을 받을 수 있는 자격을 상실하는 날짜

전환 계획

전환 활동 완료는 귀하의 전환 계획과 가족 선호사항에 의해 결정됩니다.

전환 단계/활동	필요 날짜	필요 기간	커뮤니티 자원 연락처
<p>1. 커뮤니티 옵션: 가족이 유아 특수 교육 서비스를 포함하여 자녀를 위한 커뮤니티 프로그램 옵션을 살펴보고도 돕습니다.</p> <p>a. 프로그램 연락처 정보를 포함하여 가족의 바람에 따른 조기 개입 이후 커뮤니티 옵션에 관한 정보를 제공합니다. 정보가 제공된 프로그램: _____</p> <p>b. 가족의 의사에 따라 프로그램 방문 일정을 조정합니다. 방문한 프로그램: _____</p> <p>c. 기타 단계/활동(예: 관심이 있는 경우, 귀하가 고려하고 있는 프로그램으로 전환한 기타 가족의 이름 제공(해당 가족의 허가 와 함께)): _____</p>	_____	_____	_____
<p>2. 지역 학군 및 버지니아 교육부의 통지 및 의뢰: 예상 전환 날짜로부터 적어도 90 일 이전 및 다음 학년도 개학 첫날 수업을 시작하고자 하는 경우 9월 30 일부로 자녀가 2 세가 되는 해의 4월 1 일 이전까지</p> <p>a. 귀하가 동의하지 않지 않는 한, _____ 이전까지 _____ 학군 및 버지니아 교육부로부터 자녀의 이름, 생년월일 및 귀하의 연락처(이름, 주소, 전화번호)를 보냅니다. 이 정보를 보냄으로써, 학교가 커뮤니티에 특수 교육 대상자가 누구인지, 누가 지역 학군으로 의뢰되었는지를 파악하는 데 도움이 됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 본인은 자녀의 이름, 생년월일 및 저희 연락처 정보를 지역 학군 및 버지니아 교육부에 통지 및 의뢰를 위해 보내는 것을 원하지 않습니다. _____ (부모 이니셜 및 날짜) • 본인은 마음을 바꾸어 이 정보를 지역 학군 및 버지니아 교육부에 보내는 것에 동의합니다. _____ (부모 이니셜 및 날짜) <p>b. 통지 및 의뢰를 보낸 날짜, 지역 학군: _____, VDOE: _____</p> <p>c. 정보 공개에 대한 동의 양식과 함께, 자녀에 대한 특수 정보를 지역 학군에 보냅니다(예: 가장 최근의 자격 결정 및 평가 보고서, IFSP 등).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 정보 공개에 관한 귀하의 동의서 획득일: _____(날짜) • 정보를 보낸 날짜: _____ 	_____	_____	_____

아동 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ DOB: _____



전환 단계/활동	필수 목표	필수 환경	필수 담당자
<p>3. 기타 프로그램에 대한 등록 지원: 가족이 지역 학군과 달리 이용 가능한 경우 귀하가 자녀에 대해 관심 있어 하는 커뮤니티 프로그램에 등록할 수 있도록 도와 드립니다.</p> <p>a. 원하는 프로그램 등록을 위해 필수적인 서류 작성 작업 및/또는 기타 단계를 완수할 수 있도록 도와드립니다. _____</p> <p>b. 필요한 경우, 정보 공개에 대한 동의 양식과 함께, 향후 서비스 제공자 또는 프로그램에 자녀를 의뢰하고 자녀에 대한 특수 정보를 보냅니다(예: 가장 최근의 자격 결정 및 평가 보고서, IFSP 등).</p> <ul style="list-style-type: none"> 정보 공개에 관한 귀하의 동의서 획득일: _____(날짜) _____(프로그램)(으)로 _____(날짜)에 의뢰서 보냄 정보를 보낸 날짜 _____ <p>c. 기타 단계/활동: _____</p>	_____	_____	_____
<p>4. 전환 계획 컨퍼런스: 모두가 동의하는 경우, 자녀의 예상 전환일 이전 적어도 90일 및 최대 9개월 -자녀가 유아 특수 교육 서비스에 대해 자격이 있을 수 있다면, 귀하, 서비스 코디네이터 및 학군 관계자와의 전환 컨퍼런스를 계획하십시오.</p> <p>a. 학부모 사전 통지 양식 제공일: _____(날짜)</p> <p>b. 컨퍼런스를 <input type="checkbox"/> 승인합니다/ <input type="checkbox"/> 승인하지 않습니다.</p> <p>c. 컨퍼런스를 승인하게 되면, 서비스 코디네이터가 컨퍼런스 일정을 조정하고 필수 당사자들이 모두 참석할 수 있도록 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 전환 컨퍼런스 개최일: _____(날짜) 참석자: <input type="checkbox"/> (귀하 - 필수), <input type="checkbox"/> (조기 개입- 필수), <input type="checkbox"/> (학군 - 필수), <input type="checkbox"/> (기타 _____), <input type="checkbox"/> (기타 _____) 	_____	_____	_____
<p>5. 전환 서비스: 전환 계획이 결정되면 가족이 원하는 대로 조기 개입에서 새로운 프로그램으로 문제없이 자녀와 가족이 이동할 수 있도록 해당되는 경우 지원과 서비스 변경을 준비할 수 있도록 도와 드립니다.</p> <p>a. 자녀는 _____(으)로 _____(예상 날짜)에 전환될 것입니다.</p> <p>b. 해당되는 경우 자녀와 가족이 조기 개입에서 새로운 프로그램/다음에 의한 환경으로 전환할 준비를 할 수 있도록 도와 드립니다:</p>	_____	_____	_____
<p>6. 조기 개입 종료: 자녀가 세 번째 생일이 되기 전 지역 파트 C 시스템에서 퇴소시킵니다.</p> <p>a. 학부모 사전 통지 양식 서명됨 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>b. 퇴소/종결 날짜: _____</p>	_____	_____	_____

아동 이름: _____
IFSP 날짜: _____ DOB: _____



섹션 VIII: IFSP 동의

조기 개입 서비스 제공에 대한 부모 동의:

본인은 이 IFSP 와 함께 IDEA 의 파트 C 에 따라 가족 부담금에 관한 가족의 권리와 정보 사본을 수령하였습니다(가족 부담금에 관한 사실 정보를 포함하여 자녀와 가족의 권리 및 보호 통지문). 본인은 이 권리와 지불 정책에 대해 설명을 받았으며 이를 이해합니다. 본인은 이 IFSP 개발에 참여하였으며, 본 IFSP 에 기재되어 있는 활동을 수행할 수 있도록 Infant & Toddler Connection of Virginia 시스템과 서비스 제공자에게 정보에 입각한 동의를 제공합니다.

동의란 본인이 동의가 요구되는 활동(들)에 관한 모든 정보를 본인의 모국어로(모국어 이용이 명확하게 실현 가능하지 않는 한) 또는 다른 의사소통 방식으로 완전하게 제공받았고, 본인이 동의가 요구되는 활동(들)을 수행하는 것에 대해 이해하고 이를 서면으로 동의하였으며, 동의서에 활동(들)에 대해 설명되어 있고, 본인의 동의 부여가 자발적이며, 언제든지 서면으로 철회할 수 있음을 의미합니다.

본인은 Infant & Toddler Connection of Virginia 시스템을 통해 자녀 또는 가족이 받는 다른 조기 개입 서비스를 위태롭게 하지 않으면서 서비스 또는 서비스들에 대해 거부할 수 있음을 이해합니다.

본인은 본인의 IFSP 를 평가에 관련된 제공자 및/또는 본 IFSP 개발 및/또는 이행에 관련자들을 포함하여 지역 Infant & Toddler Connection of Virginia 시스템에서 공유함을 이해합니다.

다음의 서명(하나 선택): 부모 법적 보호자 대리 부모

날짜

기타 IFSP 참가자(정자체로 이름, 자격증, 서명, 날짜):

분야: 서비스 코디네이터

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

전자적 또는 서면으로 참여한 개인(자세히):

번역사/통역사(이용한 경우):

첨부된 관련 문서:

사본:

의사 자격증(보험금 청구를 위해 필요): 본인은 IFSP 에 설명된 대로

서비스가 이 아동에게 의학적으로 필요함을 증명 및 승인합니다.

서명

자격증

날짜

아동 이름: _____
IFSP 날짜: _____ DOB: _____



섹션 IX: IFSP 심사 기록

심사 목적: 6 개월 심사 다음에 의해 요청 시: _____ 심사 날짜: _____

요약(본 심사 결과로 인한 변경에 대한 이유 포함):

변경 사항: _____ 변경 사항 예상 시작일: _____

부모 동의

본인은 이 IFSP 심사 기록과 함께 IDEA 의 파트 C 에 따라 가족 부담금에 관한 가족의 권리와 정보 사본을 수령하였습니다(가족 부담금에 관한 사실 정보를 포함하여 자녀와 가족의 권리 및 보호 통지문). 본인은 이 권리와 지불 정책에 대해 설명을 받았으며 이를 이해합니다. 본인은 이 IFSP 심사 개발에 참여하였으며, 본 IFSP 심사 기록에 기재되어 있는 변경사항을 수행할 수 있도록 Infant & Toddler Connection of Virginia 시스템과 서비스 제공자에게 정보에 입각한 동의를 제공합니다.

동의란 본인이 동의가 요구되는 활동(들)에 관한 모든 정보를 본인의 모국어로(모국어 이용이 명확하게 실현 가능하지 않는 한) 또는 다른 의사소통 방식으로 완전하게 제공받았고, 본인이 동의가 요구되는 활동(들)을 수행하는 것에 대해 이해하고 이를 서면으로 동의하였으며, 동의서에서 활동(들)에 대해 설명되어 있고, 본인의 동의 부여가 자발적이며, 언제든지 서면으로 철회할 수 있음을 의미합니다.

본인은 Infant & Toddler Connection of Virginia 시스템을 통해 자녀 또는 가족이 받는 다른 조기 개입 서비스를 위태롭게 하지 않으면서 서비스 또는 서비스들에 대해 거부할 수 있음을 이해합니다.

본인은 본인의 IFSP 를 평가에 관련된 제공자 및/또는 본 IFSP 개발 및/또는 이행에 관련자들을 포함하여 지역 Infant & Toddler Connection 시스템에서 공유함을 이해합니다.

다음의 서명(하나 선택): 부모 법적 보호자 대리 부모

날짜

아동 이름: _____
IFSP 날짜: _____ DOB: _____



섹션 IX: IFSP 심사 기록

심사 날짜: _____

본 IFSP 심사에서 서비스가 늘어났고 자녀에게 개인 보험이 있는 경우:

본인의 보험에서 보장되는 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 본인의 월 상한액이 \$0 이지 않는 한, 본인은 지속적으로 해당되는 공동 부담액, 공제액 및/또는 보장되지 않는 서비스에 대해 가족 부담금 동의서의 청구 섹션에 명시된 방식으로 지불하는 것에 동의합니다. 본인은 자녀의 서비스 코디네이터에게 서면 통지서를 제공하여 언제든지 본 동의를 취소할 수 있음을 이해합니다.

본인의 보험에서 보장되는 서비스에 대해 비용을 더 이상 지불하지 않습니다. 본인의 월 상한액이 \$0 이지 않는 한, 본인은 가족 부담금 동의서의 청구 섹션에 명시된 방식으로 서비스에 대해 지불하는 것에 동의합니다. 본인은 새로운 가족 부담금 동의서를 작성하고 이에 서명해야 함을 이해합니다.

본인은 가족 부담금 동의서에 있는 보험의 이용, 납부 계획에 관해 의문점이 있는 경우, 서비스 코디네이터에게 문의할 수 있음을 이해합니다.

_____ 날짜
다음의 서명(하나 선택): 부모 법적 보호자 대리 부모

기타 IFSP 참가자(정자체로 이름, 자격증, 서명, 날짜):

분야: 서비스 코디네이터

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

Name Credentials

분야: 교사/특수 교사 직업 치료사 물리 치료사 언어 병리학자 간호사 기타

전자적 또는 서면으로 참여한 개인(자세히):

의사 자격증(보험금 청구를 위해 필요): 본인은 IFSP 에 설명된 대로 증명 및 승인합니다.

서비스가 이 아동에게 의학적으로 필요함을

서명

자격증

날짜

아동 이름: _____
 IFSP 날짜: _____ DOB: _____



부록

(서비스 세부사항은 IFSP 섹션 V 의 해당 번호를 참조)

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

본인은 지역 시스템 구역 내이고 본인의 지불자 네트워크 내에 있는 제공자 기관 중에서 선택할 수 있는 기회를 가졌습니다. 본인은 서비스 코디네이터에게 연락하여 언제든지 서비스 제공자 변경을 요청할 수 있습니다.

서비스 #	다음의 서명(하나 선택): <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 법적 보호자 <input type="checkbox"/> 대리 부모	날짜
서비스 #	다음의 서명(하나 선택): <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 법적 보호자 <input type="checkbox"/> 대리 부모	날짜
서비스 #	다음의 서명(하나 선택): <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 법적 보호자 <input type="checkbox"/> 대리 부모	날짜