



Infant & Toddler  
Connection of Virginia

مؤسسة Infant and Toddler Connection في  
الخطة الأولية لتنسيق خدمة التدخل المبكر

اسم الطفل: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
رقم Medicaid: \_\_\_\_\_ رقم ITOTS: \_\_\_\_\_ رقم NPI/API بالنظام المحلي: \_\_\_\_\_  
منسق الخدمة: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
تاريخ البدء: \_\_\_\_\_ تاريخ النهاية المتوقع: \*\*

هدف تنسيق الخدمة: لتحديد ما إذا كان _____ مؤهلاً لخدمات التدخل المبكر المرحلة ج.	
أهداف تنسيق الخدمة	الأنشطة/الاستراتيجيات
1) جمع البيانات بالكامل	مقابلة الطفل وأعضاء الأسرة/معيد الرعاية بهدف: • شرح عملية التدخل المبكر • مناقشة المخاوف المتعلقة بصحة وتطور الطفل • شرح الحقوق والإجراءات الوقائية بما في ذلك تلك المتعلقة بتحديد الأهلية • استكمال نماذج الموافقة والإشعار • مراجعة/استكمال الاتفاق المالي وتقديم المعلومات بشأنه و/أو المساعدة على التقدم إلى برنامج SSI أو Medicaid أو أية موارد أخرى إن أمكن. تأمين ما يتم إصداره من معلومات والحصول على المستندات المدعمة من المصادر الأخرى: السجلات الطبية وتقييمات التطور وأوامر الاحتجاز وما إلى ذلك. استكمال فحص التطور (عند طلب ذلك) وفحص السمع والرؤية (ما لم تكن تلك الفحوصات سيتم إجراؤها في مرحلة التقييم لإعداد الخدمة)
2) استكمال تحديد أهلية المرحلة ج (تنتهي هذه الخطة هنا إذا وجد أن الطفل غير مؤهل للتدخل المبكر، المرحلة ج.)	تحديد موعد لاجتماع فريق تحديد الأهلية. تسهيل استكمال عملية تحديد الأهلية والنموذج والمشاركة في ذلك. إبلاغ الأسرة إذا ما كان الطفل مؤهلاً للتدخل المبكر، المرحلة ج، من عدمه.
هدف تنسيق الخدمة: الإعداد لتطوير الخطة الفردية لخدمة الأسرة (IFSP).	
3) تسهيل عملية التقييم لإعداد الخدمة وتحديد موعد لاجتماع IFSP	مراجعة الحقوق والإجراءات الوقائية المتعلقة بإعداد الخدمة وتطوير IFSP واستكمال نموذج الموافقة والإشعار إن لم يكن قد تم استكمالها بعد. التأكيد على وتحديد موعد لاستكمال التقييم لإعداد الخدمة بما في ذلك تقييم الطفل وتحديد موارد الأسرة ومخاوفها وأولوياتها. تحديد موعد لاجتماع IFSP وتأمين وجود مترجم، حسب الضرورة. إرسال إشعار مسبق بموعد اجتماع IFSP إلى الأسرة وتأكيد تاريخ/وقت الاجتماع ومكان عقده للأسرة والمشاركين الآخرين.
هدف تنسيق الخدمة (اختياري):	

أقر بأنني أفهم وأوافق على خطة تنسيق خدمة التدخل المبكر هذه:

ولي الأمر/الوصي (الاسم مطبوعاً) \_\_\_\_\_ توقيع ولي الأمر/الوصي \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_  
توقيع منسق الخدمة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

\*\* لا يجوز أن يتخطى تاريخ النهاية 90 يوماً ميلادياً؛ ويكون تحرير الفاتورة مقصوراً على ما لا يزيد عن 3 أشهر ميلادية.