



Индивидуальный план семейного обслуживания (IFSP)

Дата направления	Дата проведения встречи группы IFSP	Тип встречи	<input type="checkbox"/> Промежут очная	<input type="checkbox"/> Первона чальная	<input type="checkbox"/> Полугодовой пересмотр	<input type="checkbox"/> Другой пересмотр	<input type="checkbox"/> Ежегодна я
------------------	-------------------------------------	-------------	---	--	--	---	-------------------------------------

Сведения о ребенке и семье

Имя ребенка (имя, отчество, фамилия)			
Дата рождения	Идентификационный номер	Номер по программе МА	
Адрес	Домашний телефон		
Имя родителя/опекуна/лица, заменяющего родителя			
Адрес	Домашний телефон		
Адрес	Рабочий телефон		
Адрес эл. почты	Мобильный телефон		
Время, в которое удобно связаться	Способ связи	<input type="checkbox"/> Домашний телефон	<input type="checkbox"/> Рабочий телефон <input type="checkbox"/> Мобильный телефон <input type="checkbox"/> Эл. почта

Члены группы IFSP

Следующие члены группы участвовали в разработке данного плана IFSP:

Родитель (родители)/опекун/лицо, заменяющее родителя

Родитель (родители)/опекун/лицо, заменяющее родителя

Координатор услуг

Эксперт по оценке/поставщик

Исполняющий обязанности/заместитель координатора услуг (если применимо)

Эксперт по оценке/поставщик

Представитель головного ведомства (если применимо)

Другой участник, название ведомства

Сведения о координаторе услуг

Если у вас есть вопросы о данном плане IFSP или о каком-либо лице, которое работает с вашим ребенком или семьей, свяжитесь с вашим координатором услуг.

Имя координатора услуг:

Ведомство:

Адрес:

Рабочий телефон:	Адрес эл. поч ты:
------------------	-------------------------

Предполагаемые даты проведения встреч группы IFSP

Полугодовой пересмотр IFSP	Годовой пересмотр IFSP	Встреча по планированию перехода

Перевод на родной язык	Проинформирован ли родитель?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Нет данных	Направлен ли родителю запрос?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

Имя и фамилия ребенка	Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP
-----------------------	-------------------------	-------------------------------------

ЧАСТЬ I. СВЕДЕНИЯ О РАЗВИТИИ МОЕГО РЕБЕНКА

Раздел А. Сведения о состоянии здоровья

Общее состояние здоровья

Какой гестационный возраст был у вашего ребенка при рождении? _____ недель _____ дней	
Каким был вес вашего ребенка? _____ фунтов _____ унций $\frac{\text{ИЛ}}{\text{И}}$ _____ граммов	
Кто ваш основной лечащий врач или другой специалист в области медицины? Д-р Будь Здоров (Dr. B. Healthy)	Телефон:

ВАКЦИНАЦИЯ

Есть ли у вашего ребенка все прививки, необходимые для его возраста?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Затрудняюсь ответить	<input type="checkbox"/> Нет данных
--	-----------------------------	------------------------------	---	-------------------------------------

Убедитесь, что семья понимает школьные требования в отношении прививок, которые будут необходимы к тому времени, когда ребенок будет готов к переводу к общественной/школьной программе развития детей раннего возраста.

ПРОВЕРКА НА СВИНЕЦ/АНАЛИЗЫ

Проходил ли ваш ребенок проверку на уровень свинца? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если ДА , каким был уровень? _____
Существует ли какая-либо обеспокоенность по поводу уровня свинца в крови вашего ребенка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если ДА , объясните. _____

ПИТАНИЕ

Существует ли какая-либо обеспокоенность по поводу приемов пищи, питания в целом или роста вашего ребенка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если ДА , объясните.

ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ

Проанализируйте текущее состояние вашего ребенка. Что о состоянии здоровья вашего ребенка (специальное оборудование, аллергии, другие сведения о физическом и психическом здоровье), включая конкретные диагнозы, должна знать группа, чтобы лучше планировать и предоставлять услуги вашему ребенку и вашей семье?

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН СЕМЕЙНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ШТАТА МЭРИЛЕНД (IFSP)

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP	
-----------------------	--	-------------------------	-------------------------------------	--

Large empty rectangular area for notes or details, bounded by a dotted line at the top.

Имя и фамилия ребенка	Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP
-----------------------	-------------------------	-------------------------------------

ЧАСТЬ I. СВЕДЕНИЯ О РАЗВИТИИ МОЕГО РЕБЕНКА

Раздел В. Оценка соответствия критериям

Статус оценки	<input type="checkbox"/> Первоначально
	<input type="checkbox"/> е соответствие <input type="checkbox"/> Дальнейшее соответствие критериям

Оценка развития

	Дата проведения оценки (ММ/ДД/ГГ)	Название инструмента оценки	Фактический возраст	Скорректированный возраст (если применимо)	Возрастная группа/возрастной диапазон	Качественное описание			
КОГНИТИВНОСТЬ									
КОММУНИКАТИВНОСТЬ									
ОБЩИТЕЛЬНОСТЬ / ЭМОЦИОНАЛЬНОСТЬ									
СПОСОБНОСТЬ ПРИСПОСАБЛИВАТЬСЯ									
ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ	Мелкая моторика								
	Крупная моторика								
	Слух	Прошел ли ваш ребенок универсальный аудиологический скрининг новорожденных?					<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Нет данных
		Посетил ли ваш ребенок аудиолога для полного обследования слуха?					<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
		Существует ли какая-либо обеспокоенность по поводу слуха вашего ребенка?					<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
		Результаты оценки/наблюдения							
	Зрение	Проверялось ли зрение вашего ребенка?					<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
		Существует ли какая-либо обеспокоенность по поводу зрения вашего ребенка?					<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
Результаты оценки/наблюдения									

Соответствие критериям

Ваш ребенок соответствует критериям для получения услуги раннего вмешательства на основе результатов процесса оценки развития.

Соответствие критериям основано на ОДНОЙ из категорий, отмеченных ниже.

ПО МЕНЬШЕЙ МЕРЕ 25 % ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ

Ваш ребенок соответствует критериям для получения услуги раннего вмешательства, поскольку у него наблюдается по меньшей мере 25 % задержки в одной или нескольких областях развития.

АТИПИЧНОЕ РАЗВИТИЕ ИЛИ ПОВЕДЕНИЕ

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер		Дата проведения встречи группы IFSP
-----------------------	--	-------------------------	--	-------------------------------------

Ваш ребенок соответствует критериям для получения услуги раннего вмешательства, поскольку у него проявляется атипичное развитие или поведение в одной или нескольких областях развития, что может привести к последующей задержке.



ДИАГНОСТИРОВАНО ФИЗИЧЕСКОЕ ИЛИ ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ С ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ

Ваш ребенок соответствует критериям для получения услуги раннего вмешательства, поскольку он имеет следующее диагностированное физическое или психическое состояние, которое с высокой вероятностью может привести к задержке в развитии:

Имя и фамилия ребенка	Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP
-----------------------	-------------------------	-------------------------------------

ЧАСТЬ II. ИСТОРИЯ МОЕГО РЕБЕНКА И СЕМЬИ

Раздел А. Оценка: обычный режим/распорядок и условия

Цель услуги раннего вмешательства заключается в поддержке успешного участия вашего ребенка в повседневных делах семьи и общества, которые важны для вас и вашей семьи. Поэтому важно понимать функциональные способности вашего ребенка в пределах этих видов деятельности и условий. Вы можете предоставить тот объем информации, который посчитаете нужным.

Оценка ребенка и семьи (отметьте, какая оценка используется)

- Собеседование, основанное на распорядке (RBI). Перейдите к части II, раздел В.
- Шкала оценки семейного использования распорядка (SAFER). Перейдите к части II, раздел В.
- Раздел плана IFSP, посвященный ежедневному распорядку и деятельности.
- Семья отказалась от оценки семьи

ЕЖЕДНЕВНЫЙ РЕЖИМ И РАСПОРЯДОК

ДАТА

Распорядок/вид деятельности	Что сейчас происходит, с кем и где?	Как все происходит?
<input type="checkbox"/> Пробуждение	<i>Как ваш ребенок взаимодействует с другими в ходе этой деятельности?</i>	<input type="checkbox"/> Хорошо <input type="checkbox"/> Некоторые опасения <input type="checkbox"/> Серьезная обеспокоенность
<input type="checkbox"/> Одевание		
<input type="checkbox"/> Пеленание/хождение в туалет		
<input type="checkbox"/> Принятие пищи/перекусы		
<input type="checkbox"/> Игры		
<input type="checkbox"/> Переходы	<i>Какие модели поведения использует ваш ребенок, чтобы удовлетворить свои желания и потребности во время этой деятельности? Насколько он независим?</i>	
<input type="checkbox"/> Прогулки	<i>Насколько он успешен, по-вашему, по сравнению с другими детьми его возраста в этом виде деятельности?</i>	
<input type="checkbox"/> Времяпровождение в детском дошкольном учреждении		Что бы вы хотели изменить?
<input type="checkbox"/> Времяпровождение с семьей, друзьями, другими детьми		
<input type="checkbox"/> Купание		
<input type="checkbox"/> Чтение		
<input type="checkbox"/> Дневной сон/укладывание спать		
<input type="checkbox"/> Другое:		

Распорядок/вид деятельности	Что сейчас происходит, с кем и где?	Как все происходит?
<input type="checkbox"/> Пробуждение	<i>Как ваш ребенок взаимодействует с другими в ходе этой деятельности?</i>	<input type="checkbox"/> Хорошо <input type="checkbox"/> Некоторые опасения
<input type="checkbox"/> Одевание		
<input type="checkbox"/> Пеленание/хождение в туалет		

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP	
-----------------------	--	-------------------------	-------------------------------------	--

<input type="checkbox"/> Принятие пищи/перекусы	Как ваш ребенок учится успешному участию в этом виде деятельности?	
<input type="checkbox"/> Игры	Какие модели поведения использует ваш ребенок, чтобы удовлетворить свои желания и потребности во время этой деятельности? Насколько он независим?	<input type="checkbox"/> Серьезная обеспокоенность
<input type="checkbox"/> Переходы	Насколько он успешен, по-вашему, по сравнению с другими детьми его возраста в этом виде деятельности?	
<input type="checkbox"/> Прогулки		Что бы вы хотели изменить?
<input type="checkbox"/> Времяпровождение в детском дошкольном учреждении		
<input type="checkbox"/> Времяпровождение с семьей, друзьями, другими детьми		
<input type="checkbox"/> Купание		
<input type="checkbox"/> Чтение		
<input type="checkbox"/> Дневной сон/укладывание спать		
<input type="checkbox"/> Другое:		

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер		Дата проведения встречи группы IFSP	
-----------------------	--	-------------------------	--	-------------------------------------	--

ЧАСТЬ II. ИСТОРИЯ МОЕГО РЕБЕНКА И СЕМЬИ

Раздел В. Оценка: ресурсы, приоритеты и опасения нашей семьи

Одна из целей услуги раннего вмешательства — предоставить возможность семьям обеспечить уход за их ребенком и обладать ресурсами, позволяющими участвовать в желаемой деятельности семьи и общества, что включает умение описывать способности и проблемы их ребенка, а также умение помочь ребенку развиваться и учиться.

Ресурсы семьи	Ресурсы, которыми располагает мой ребенок/семья для поддержки, включая людей, мероприятия, программы/организации.
<p>Кто проживает в доме вместе с вами? Кто предоставляет поддержку вашей семье? Речь может идти о бабушках и дедушках, тетях, дядях, друзьях, группах/организациях (детских дошкольных учреждениях, программе для женщин, детей и младенцев (WIC), родительских группах, патронажных работников), врачах, медсестрах и т. д.</p>	

Приоритеты семьи	Мои надежды и мечты о моем ребенке. Самые важные вещи для моего ребенка и (или) семьи на данный момент.
<p>Каковы в целом сильные стороны, способности и интересы вашего ребенка? Какие у вас приоритеты в отношении ребенка и семьи, исходя из обсуждения вашей повседневной деятельности и распорядка?</p>	

Опасения семьи	Мои беспокойства, связанные с состоянием здоровья и развитием моего ребенка. В каких ресурсах, информации, поддержке я нуждаюсь или какие ресурсы, информацию, поддержку я хотел бы получить для моего ребенка и (или) семьи?
<p>Что вас беспокоит? Что бы вы хотели изменить, если бы могли?</p>	

Связь с обществом. Отметьте, о каких ресурсах/услугах для обеспечения связи ваша семья хотела бы получить дополнительную информацию.

- Места, где мой ребенок может играть вместе с другими детьми в сообществе
- Детское учреждение
- Центр Judy Center
- Одежда, питание и т. д.
- Сеть поддержки семьи/партнеры из детских дошкольных учреждений
- Пособие на оплату квартиры
- Медицинское обслуживание, охрана психического здоровья и (или) медицинское страхование

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP	
-----------------------	--	-------------------------	-------------------------------------	--

Диагнозы или инвалидность моего ребенка

Общение с другими родителями

Поддержка/обучение/правозащита родителей

Другое:
е:

Имя и фамилия ребенка	Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP
-----------------------	-------------------------	-------------------------------------

ЧАСТЬ II. ИСТОРИЯ МОЕГО РЕБЕНКА И СЕМЬИ

Раздел С. Резюме оценки: текущие уровни функционального развития

В рамках процесса оценки на соответствие критериям мы рассмотрели пять сфер развития вашего ребенка. В рамках процесса оценки ребенка и семьи мы собрали информацию о функциональных способностях вашего ребенка во время повседневных дел и распорядка. Функциональные способности детей совпадают со сферами развития, поэтому мы объединили их и обобщили все функциональные способности, сильные стороны и потребности в три области функциональных результатов. Это краткое изложение выявленной информации, которое позволит привести наш план в соответствие с сильными сторонами развития и интересами вашего ребенка. Источники информации могут включать в себя наши с вами разговоры, наблюдения за вашим ребенком в повседневной жизни, оценки соответствия критериям, мероприятия по оценке ребенка и семьи и независимые заключения.

Кроме того, вместе мы проанализируем и определим, как успехи вашего ребенка в этих трех областях

Помимо оценки соответствия критериям (часть I, раздел В) и оценки ребенка и семьи (часть II, разделы А и В), укажите любые дополнительные оценки, используемые для разработки данного резюме, и дату их выполнения.

Оценка: _____ Дата: _____

Оценка: _____ Дата: _____

ПРИМЕЧАНИЕ. Сильные стороны и потребности во всех сферах развития, включая: когнитивность, коммуникативность (экспрессивную и рецептивную), общительность и эмоциональность, способность приспосабливаться/быть самостоятельным, мелкую моторику и крупную моторику, должны быть рассмотрены с точки зрения функциональности в контексте:

развития положительных социальных навыков и взаимоотношений, приобретения и использования знаний и навыков, а также использования подходящей модели поведения для удовлетворения потребностей.

Развитие положительных социальных навыков и взаимоотношений

Речь идет о том, как дети взаимодействуют с окружающими: родителями, опекунами, братьями и сестрами, а также другими маленькими детьми. Сюда входят многие различные навыки, такие как общение, соответствующее выражение эмоций и контроль собственного поведения. Наличие положительных социальных взаимоотношений также требует соблюдения маленькими детьми правил взаимодействия с другими, например необходимость ждать своей очереди или делиться с другими.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Навыки ребенка подобны навыкам ребенка значительно младшего возраста. Ребенок демонстрирует очень ранние	Навыки ребенка подобны навыкам ребенка значительно младшего возраста. У ребенка есть некоторые формирующиеся	Навыки ребенка подобны навыкам ребенка младшего возраста. Ребенок пока еще не использует навыки,	Ребенок демонстрирует периодическое использование некоторых навыков, ожидаемых в его возрасте, но большинство его	Ребенок демонстрирует много навыков, ожидаемых для его возраста, но некоторые моменты в его поведении можно описать	У ребенка есть навыки, ожидаемые для его возраста в данной области, однако имеются	У ребенка есть все навыки, ожидаемые в его возрасте в данной области.

Имя и фамилия ребенка	Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP	
навыки, но пока еще не непосредственные или основополагающие или ожидаемые в его возрасте навыки в данной области.	или непосредственные основополагающие навыки, которые помогут ему работать над достижением соответствующих в его возрасте навыков в данной области.	ожидаемые в его возрасте, однако использует много важных и непосредственных основополагающих их навыков в данной области.	навыков еще не соответствуют навыкам, ожидаемым в его возрасте, в данной области. Ребенок демонстрирует большую часть навыков, присущих ребенку более младшего возраста.
Проявил ли ребенок какие-либо новые навыки или модели поведения, касающиеся данной области, с момента представления предыдущего резюме?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Нет данных

ЧАСТЬ II. ИСТОРИЯ МОЕГО РЕБЕНКА И СЕМЬИ

Раздел С. Резюме оценки: текущие уровни функционального развития (продолжение)

Приобретение и использование знаний и навыков. Речь идет о навыках мышления, обучения, логического рассуждения и решения проблем, о памяти, общих знаниях, которые дети приобретают о своем мире, таких как понятия о большем и меньшем, цветах и формах, историях и книгах, а также об использовании этих знаний для участия в повседневных делах. Это касается обучения в раннем возрасте и того, как дети приходят к пониманию своего мира и приобретают навыки, необходимые им для достижения успеха в школе и за ее пределами.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Навыки ребенка подобны навыкам ребенка значительно младшего возраста. Ребенок демонстрирует очень ранние навыки, но пока еще не непосредственные основополагающие или ожидаемые в его возрасте навыки в данной области.	Навыки ребенка подобны навыкам ребенка значительно младшего возраста. У ребенка есть некоторые формирующиеся или непосредственные основополагающие навыки, которые помогут ему работать над достижением соответствующих в его возрасте навыков в данной области.	Навыки ребенка подобны навыкам ребенка младшего возраста. Ребенок пока еще не использует навыки, ожидаемые в его возрасте, однако использует много важных и непосредственных основополагающих их навыков в данной области.	Ребенок демонстрирует периодическое использование некоторых навыков, ожидаемых в его возрасте, но большинство его навыков еще не соответствуют навыкам, ожидаемым в его возрасте, в данной области. Ребенок демонстрирует большую часть навыков, присущих ребенку более младшего возраста.	Ребенок демонстрирует много навыков, ожидаемых для его возраста, но некоторые моменты в его поведении можно описать как присущие ребенку немного более младшего возраста в данной области.	У ребенка есть навыки, ожидаемые для его возраста в данной области, однако имеются определенные опасения.	У ребенка есть все навыки, ожидаемые в его возрасте в данной области.
Проявил ли ребенок какие-либо новые навыки или модели поведения, касающиеся данной области, с момента представления предыдущего резюме?				<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Нет данных

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер		Дата проведения встречи группы IFSP	
-----------------------	--	-------------------------	--	-------------------------------------	--

Использование подходящей модели поведения для удовлетворения потребностей. Речь идет о способности детей позаботиться о себе и использовать подходящие способы для получения того, что они хотят или в чем нуждаются. Сюда входят повседневные дела, такие как прием пищи, одевание, игры с игрушками, необходимость сделать выбор и добраться из одного места в другое, а также реакция детей на проблемы или задержки при получении того, что они хотят. Это также касается осознания ребенком ситуации, которая может быть опасной, и реагирования на нее. В конечном итоге основной упор делается на развитии независимости.

<input type="checkbox"/> Навыки ребенка подобны навыкам ребенка значительно младшего возраста. Ребенок демонстрирует очень ранние навыки, но пока еще не непосредственные или основополагающие или ожидаемые в его возрасте навыки в данной области.	<input type="checkbox"/> Навыки ребенка подобны навыкам ребенка значительно младшего возраста. У ребенка есть некоторые формирующиеся или непосредственные основополагающие навыки, которые помогут ему работать над достижением соответствующих навыков в данной области.	<input type="checkbox"/> Навыки ребенка подобны навыкам ребенка младшего возраста. Ребенок пока еще не использует навыки, ожидаемые в его возрасте, однако использует много важных и непосредственных основополагающих навыков в данной области.	<input type="checkbox"/> Ребенок демонстрирует периодическое использование некоторых навыков, ожидаемых в его возрасте, но большинство его навыков еще не соответствуют навыкам, ожидаемым в его возрасте, в данной области. Ребенок демонстрирует большую часть навыков, присущих ребенку более младшего возраста.	<input type="checkbox"/> Ребенок демонстрирует много навыков, ожидаемых для его возраста, но некоторые моменты в его поведении можно описать как присущие ребенку немного более младшего возраста в данной области.	<input type="checkbox"/> У ребенка есть навыки, ожидаемые для его возраста в данной области, однако имеются определенные опасения.	<input type="checkbox"/> У ребенка есть все навыки, ожидаемые в его возрасте в данной области.
---	---	---	--	--	---	---

Проявил ли ребенок какие-либо новые навыки или модели поведения, касающиеся данной области, с момента представления предыдущего резюме?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Нет данных
---	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

Имя и фамилия ребенка	Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP
-----------------------	-------------------------	-------------------------------------

ЧАСТЬ III. РЕЗУЛЬТАТЫ, СВЯЗАННЫЕ С МОИМ РЕБЕНКОМ И СЕМЬЕЙ

Результаты, связанные с ребенком и семьей

Данная информация поможет вам поддерживать вашего ребенка в повседневных делах и распорядке, исходя из ваших приоритетов в отношении его обучения и развития. Дела, на которых вы сосредоточены как на результате, служат показателем прогресса вашего ребенка, но они не будут единственными делами, которыми будет заниматься группа.

Программа для детей младенческого и раннего возраста оказывает поддержку взрослым, которые регулярно взаимодействуют с вашим ребенком. Каков самый оптимальный способ обучения взрослых в жизни вашего ребенка (чтение, дела, слушание, наблюдение)?

РЕЗУЛЬТАТ № Результаты являются функциональными, измеримыми и касаются повседневных дел и распорядка.

Что бы мы хотели изменить в отношении наших повседневных дел или распорядка?

Как мы поймем, что достигли этого?
К какому сроку?

СТРАТЕГИИ

Что в настоящее время происходит для достижения этих результатов? С каких первоначальных стратегий можно начать/продолжить?

Дополнительные и текущие стратегии, связанные с данным результатом, будут разработаны вместе с вами во время визитов по раннему вмешательству.

Данный результат IFSP затрагивает

- Развитие положительных социальных взаимоотношений вашего ребенка
- Приобретение и использование знаний и навыков вашим ребенком
- Использование вашим ребенком подходящих моделей поведения для удовлетворения потребностей
- Результат для семьи

РАССМОТРЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ
(требуется в возрасте трех лет и старше)

Речь

Умение считать

Основы грамотности

ПЕРЕСМОТР УСПЕШНОСТИ РЕЗУЛЬТАТА

Коды, используемые для пересмотра.
Выберите наиболее подходящий код.

- 1- Достигнуто: «Мы сделали это!»
- 2- В процессе: «Мы делаем успехи».
- 3- Требуется изменение: «Давайте внесем коррективы».

a. Пересмотр результата

Код

Дата

Инициалы

Комментарии

Имя и фамилия ребенка	Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP
-----------------------	-------------------------	-------------------------------------

b. Изменение услуги c. Друго e: _____ 4- Больше не требуется: «Давайте сосредоточимся на чем-нибудь другом». 5- Отложено				
--	--	--	--	--

ЧАСТЬ IV. НАШИ УСЛУГИ И ПОДДЕРЖКА РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Резюме услуг раннего вмешательства

Поддержка и услуги определяются после разработки функциональных результатов IFSP. Они направлены на укрепление потенциала семей в поддержке обучения и развития своих детей путем функционального участия в деятельности семьи и общества. Каждое ведомство или лицо, которое играет непосредственную роль в оказании услуг раннего вмешательства, отвечает за поддержку семьи в достижении результатов данного плана IFSP.

ОСНОВНОЙ ПОСТАВЩИК СЕМЕЙНЫЙ КООРДИНАТОР	УСЛУГА РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	АКТИВНОСТЬ	ПЕРИОДИЧНОСТЬ			МЕСТО ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ	
		<input type="checkbox"/> Индивидуально <input type="checkbox"/> В группе	Как часто?	Количество занятий	Количество минут на каждое занятие	<input type="checkbox"/> Дома <input type="checkbox"/> В обществе <input type="checkbox"/> Прочее * * Предоставьте обоснование.	Планируемая дата начала	Планируемая дата окончания
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Индивидуально <input type="checkbox"/> В группе				<input type="checkbox"/> Дома <input type="checkbox"/> В обществе <input type="checkbox"/> Прочее * * Предоставьте обоснование.		
ИМЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГИ:			КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Индивидуально <input type="checkbox"/> В группе				<input type="checkbox"/> Дома <input type="checkbox"/> В обществе <input type="checkbox"/> Прочее * * Предоставьте обоснование.		
ИМЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГИ:			КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Индивидуально <input type="checkbox"/> В группе				<input type="checkbox"/> Дома <input type="checkbox"/> В обществе <input type="checkbox"/> Прочее * * Предоставьте обоснование.		
ИМЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГИ:			КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Индивидуально <input type="checkbox"/> В группе				<input type="checkbox"/> Дома <input type="checkbox"/> В обществе <input type="checkbox"/> Прочее * * Предоставьте обоснование.		
ИМЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГИ:			КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Индивидуально <input type="checkbox"/> В группе				<input type="checkbox"/> Дома <input type="checkbox"/> В обществе <input type="checkbox"/> Прочее * * Предоставьте обоснование.		
ИМЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГИ:			КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:					

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP	
-----------------------	--	-------------------------	-------------------------------------	--

Обсуждение предоставления услуги (услуг) раннего вмешательства

* Если услуга раннего вмешательства предоставляется не в естественной среде, чем **обосновано** решение группы IFSP в отношении того, что результаты не могут быть достигнуты в естественной среде?

УСЛУГИ ДЛЯ СЛЕПЫХ ДЕТЕЙ/ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ ИЛИ ГЛУХИХ/СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ

Родителям предоставили информацию в отношении школы штата Мэриленд для слепых?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Нет данных
Родителям предоставили информацию в отношении школы штата Мэриленд для глухих?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Нет данных

Имя и фамилия ребенка	Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP
-----------------------	-------------------------	-------------------------------------

ЧАСТЬ V. ПЛАНИРОВАНИЕ ПЕРЕХОДА МОЕГО РЕБЕНКА

Раздел А. Определение переходов

Переходы происходят на протяжении всего срока участия семьи в услугах раннего вмешательства. Некоторые из них являются неформальными, например, возвращение домой после пребывания в больнице, переход в новое детское дошкольное учреждение или выход родителей на новую работу. Переходы также касаются выхода из программы раннего вмешательства и, возможно, начала участия в другой программе в сообществе или школе. Ваша группа IFSP может помочь вам спланировать беспрепятственные переходы любых видов.

ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ПЕРЕХОДЫ

Переход в возрасте *до трех лет*

Перейдите к ЗАПИСЯМ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ ПЕРЕХОДА/БУДУЩИМ МЕРАМ

Переход в возрасте *трех лет*

ДАТА ПРОВЕДЕНИЯ СОБРАНИЯ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ ПЕРЕХОДА (необходимый возраст — до 33 месяцев)

Если собрание по планированию перехода проводится после того, как ребенку исполнится **33 месяца**, выберите один из приведенных ниже ответов, объясняющих причину. **(Выберите только один вариант.)**

- Не удалось связаться с семьей
- Ребенок был направлен в возрасте 31,5 месяца или позже
- Семья попросила перенести или отложить собрание
- Другое:

Если собрание по планированию перехода **вообще не проводилось до достижения ребенком трех лет**, выберите один из приведенных ниже ответов, объясняющих причину. **(Выберите только один вариант.)**

- Не удалось связаться с семьей
- Ребенок был направлен в возрасте 34,5 месяца или позже
- Семья отказалась участвовать в собрании
- Другое:

УСТАНОВЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ НА ДОШКОЛЬНОЕ СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ И СВЯЗАННЫЕ С НИМ УСЛУГИ (ЧАСТЬ В)

- Родители хотят установить соответствие критериям части В
- Родители **не хотят** устанавливать соответствие критериям части В

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО СОБРАНИЯ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ IEP (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕРСОНАЛОМ ПО СПЕЦИАЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ)

ПЕРСОНАЛ ПО СПЕЦИАЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ. Заполните этот раздел и передайте его для ввода данных в часть С **сразу же после** первоначального собрания по определению соответствия критериям IEP. *Проверьте утверждение, указывающее на результаты первоначального собрания по определению соответствия критериям IEP.*

- Определено, что ребенок **СООТВЕТСТВУЕТ** критериям на получение текущих услуг по IFSP *или* специального дошкольного образования и связанных с ним услуг по IEP.
- Определено, что ребенок **НЕ СООТВЕТСТВУЕТ** критериям на получение текущих услуг по IFSP *или* специального дошкольного образования и связанных с ним услуг по IEP.

Перейдите к ЗАПИСЯМ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ ПЕРЕХОДА/БУДУЩИМ МЕРАМ

Переход в возрасте *старше трех лет*

ДАТА ПРОВЕДЕНИЯ СОБРАНИЯ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ ПЕРЕХОДА

Если собрание по планированию перехода проводится **менее чем за 90 дней до достижения ребенком возраста, когда он уже не соответствует критериям**, выберите один из приведенных ниже ответов, объясняющих причину. **(Выберите только один вариант.)**

Если собрание по планированию перехода **вообще не проводилось до достижения ребенком возраста, когда он уже не соответствует критериям**, выберите один из приведенных ниже ответов, объясняющих причину. **(Выберите только один вариант.)**

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер		Дата проведения встречи группы IFSP
-----------------------	--	-------------------------	--	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> Не удалось связаться с семьей <input type="checkbox"/> Семья попросила перенести или отложить собрание <input type="checkbox"/> Другое:	<input type="checkbox"/> Не удалось связаться с семьей <input type="checkbox"/> Семья выбрала услуги IEP до установленного срока, составляющего 90 дней <input type="checkbox"/> Семья отказалась участвовать в собрании <input type="checkbox"/> Другое:
--	--

РАССМОТРЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ И СВЯЗАННЫХ С НИМ УСЛУГ (ЧАСТЬ В)

До начала учебного года, когда ребенку исполнилось четыре года

Родители хотят рассмотреть специальное дошкольное образование и связанные с ним услуги по IEP
 Родители **не** хотят рассматривать специальное дошкольное образование и связанные с ним услуги по IEP

В начале учебного года, когда ребенку исполнилось четыре года

Родители хотят рассмотреть специальное дошкольное образование и связанные с ним услуги по IEP
 Родители **не** хотят рассматривать специальное дошкольное образование и связанные с ним услуги по IEP

Перейдите к ЗАПИСЯМ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ ПЕРЕХОДА/БУДУЩИМ МЕРАМ

Имя и фамилия ребенка	Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP
-----------------------	-------------------------	-------------------------------------

ЧАСТЬ V. ПЛАНИРОВАНИЕ ПЕРЕХОДА МОЕГО РЕБЕНКА
Раздел B. Планирование перехода

Записи по планированию перехода/будущие меры

УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

Направили ли семью для получения услуг по месту жительства?

Да Нет Если **ДА**, отметьте соответствующие услуги.

Развивающие занятия/медицинское обслуживание/здравоохранение	Детские дошкольные/развивающие учреждения	Поддержка семьи
<input type="checkbox"/> Развивающая терапия (за исключением части C и части B) <input type="checkbox"/> Оборудование/устройства <input type="checkbox"/> Медицинская помощь на дому <input type="checkbox"/> Вакцинация <input type="checkbox"/> Психиатрическая помощь <input type="checkbox"/> Первичная медицинская помощь <input type="checkbox"/> Программа продовольственной помощи для женщин, младенцев и детей (WIC)	<input type="checkbox"/> Лагеря <input type="checkbox"/> Программа Even Start <input type="checkbox"/> Семейные детские сады <input type="checkbox"/> Групповые детские сады <input type="checkbox"/> Программа Head Start <input type="checkbox"/> Домашнее обучение для родителей детей дошкольного возраста (NIPPY) <input type="checkbox"/> Центр Judy Center <input type="checkbox"/> Игровая группа <input type="checkbox"/> Программа дошкольного обучения <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Общественная <input type="checkbox"/> Индивидуальная <input type="checkbox"/> Программа восстановительного отдыха	<input type="checkbox"/> Центр поддержки семьи <input type="checkbox"/> Сеть поддержки семьи/партнеры из детских дошкольных учреждений <input type="checkbox"/> Программа домашних визитов (укажите): _____ <input type="checkbox"/> Обучение родителей <input type="checkbox"/> Группа поддержки <input type="checkbox"/> <p align="center">Д ругое :</p> _____
		Другие услуги по месту жительства

ЗАПИСИ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ ПЕРЕХОДА/БУДУЩИЕ МЕРЫ

Мероприятия	Сроки	Ответственное (-ые) лицо (лица)

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН СЕМЕЙНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ШТАТА МЭРИЛЕНД (IFSP)

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер		Дата проведения встречи группы IFSP	
-----------------------	--	-------------------------	--	-------------------------------------	--

--	--	--

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP	
-----------------------	--	-------------------------	-------------------------------------	--

ЧАСТЬ VI. СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ (чьи дети старше трех лет)

Выбор семьи: согласие на продолжение или просьба о прекращении услуг IFSP

У семей есть выбор

- Я (мы) получил (-и) копию ежегодного уведомления «Руководства для семьи по дальнейшим шагам в рамках программы услуг раннего вмешательства "У семей есть выбор" по достижении ребенком возраста трех лет».
- Мне (нам) сообщили про различие между услугами раннего вмешательства, оказываемыми посредством индивидуального плана семейного обслуживания (IFSP) в соответствии с законом «Об образовании лиц с инвалидностью» (IDEA), и услугами специального дошкольного образования, оказываемыми через индивидуальную программу обучения (IEP) в рамках IDEA.
- Я (мы) понимаю (-ем), что у моего (нашего) ребенка есть текущий план IFSP и что мой (наш) ребенок был сочтен соответствующим критериям услуг специального дошкольного образования как ребенок-инвалид согласно IDEA.
- Мне (нам) сообщили о моем (нашем) праве выбрать между вариантом IFSP, подразумевающим продолжение получения услуг раннего вмешательства через IFSP, или инициировать услугу специального дошкольного образования через IEP.
- Я (мы) понимаю (-ем), что, если я (мы) выбираю (-ем) для моего (нашего) ребенка получение услуг через IEP и аннулирую услуги IFSP, мой (наш) ребенок и семья больше не будем иметь права на получение услуг IFSP.
- Я (мы) понимаю (-ем), что, если я (мы) выбираю (-ем) для моего (нашего) ребенка получение услуг через IFSP, я (мы) в любой момент могу (можем) отказаться от участия в услугах раннего вмешательства через IFSP и инициировать услугу специального дошкольного образования через IEP.
- Я (мы) понимаю (-ем), что местное головное ведомство обязано продолжать оказывать услуги IFSP в рамках расширенного варианта IFSP до даты инициирования услуг через IEP. Однако я (мы) понимаю (-ем), что, если я (мы) выберу (-ем) вариант IEP, но откажемся дать согласие на специальное дошкольное образование и связанные с ним услуги, предлагаемые в программе IEP, разработанной группой IEP, предоставление услуг IFSP будет прекращено.
- Я (мы) понимаю (-ем), что мое (наше) согласие на продолжение услуг IFSP является добровольным и я (мы) могу (можем) отозвать его в любое время.

ВЫБОР СЕМЬИ

Выберите только **ОДИН** вариант.

- Я (мы) согласен (согласны) на **продолжение** услуг раннего вмешательства для моего (нашего) ребенка и семьи через IFSP после достижения моим (нашим) ребенком трех лет.
- Я (мы) требую (требуем) **прекращения** услуг раннего вмешательства для моего (нашего) ребенка и семьи через IFSP в возрасте трех лет.

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер		Дата проведения встречи группы IFSP	
-----------------------	--	-------------------------	--	-------------------------------------	--

Подпись родителя (родителей)/опекуна/лица, заменяющего родителя

Дата

Подпись родителя (родителей)/опекуна/лица, заменяющего родителя

Дата

ЧАСТЬ VII. РАЗРЕШЕНИЯ

Раздел А. Согласие в соответствии с законом «Об образовании лиц с инвалидностью» (IDEA)

Разрешения

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА/ЛИЦА, ЗАМЕНЯЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ

- У меня (нас) была возможность участвовать в разработке данного индивидуального плана обслуживания семьи (IFSP), и меня (нас) предварительно уведомили о проведении заседания группы IFSP.
- Мне (нам) сообщили о моих (наших) родительских правах в рамках данной программы путем передачи брошюры «Права родителей: уведомление о процессуальных гарантиях штата Мэриленд» и руководства для семьи о системе раннего вмешательства штата Мэриленд.
- Услуги раннего вмешательства будут предоставляться в соответствии с IFSP. Я (мы) понимаю (-ем), что IFSP будет пересматриваться не реже одного раза в 6 (шесть) месяцев.
- Я (мы) понимаю (-ем), что мое (наше) согласие является добровольным и я (мы) могу (можем) отозвать его в любое время.
- Я (мы) понимаю (-ем), что документы не будут передаваться без получения моей (нашей) подписи (-ей) и письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных законом «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» (FERPA). Этот закон позволяет передавать документы программы раннего вмешательства участвующим ведомствам в системе раннего вмешательства.
- Я (мы) понимаю (-ем), что государственное ведомство будет передавать информацию посредством единой базы данных штата. Эта база данных будет использоваться Департаментом образования штата Мэриленд и при необходимости другими ведомствами штата для финансирования программ.
- Мне (нам) сообщили о намерении (-ях) группы IFSP на моем (нашем) родном языке или с использованием иного способа общения.
- Данный план отражает цели, которые важны для моего (нашего) ребенка и семьи.

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP	
-----------------------	--	-------------------------	-------------------------------------	--

- Я (мы) понимаю (-ем) план и права родителей и даю (даем) разрешение на реализацию данного IFSP.

Подпись родителя (родителей)/опекуна/лица, заменяющего родителя

Дата

Имя и фамилия ребенка	Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP
-----------------------	-------------------------	-------------------------------------

ЧАСТЬ VII. РАЗРЕШЕНИЯ

Раздел В. Согласие на участие в программе медицинской помощи (МА)

Разрешения

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНАЛИЦА, ЗАМЕНЯЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ

Необходимо получить согласие родителей перед тем, как агентство поставщика в целях расчетов сообщит информацию о ребенке, позволяющую установить личность, в Департамент здравоохранения штата Мэриленд, государственный орган, ответственный за администрирование программы медицинской помощи (МА), соответствующей закону «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» (FERPA) и закону «Об образовании лиц с инвалидностью» (IDEA). Предоставляя согласие, вы понимаете, что государственное ведомство может использовать программу бесплатной медицинской помощи Medicaid для оплаты услуг, предоставляемых вашему ребенку, и в письменном виде соглашаетесь с этим.

Для предоставления вашему ребенку услуг раннего вмешательства агентству поставщика запрещается:

- требовать, чтобы вы записались в программу медицинской помощи штата для получения услуг в соответствии с законом «Об образовании лиц с инвалидностью» (IDEA) или принимали участие в ней;
- требовать, чтобы вы несли дополнительные расходы, например, оплачивали отчисления или доплату за подачу заявки на предоставление услуг;
- использовать пособие на вашего ребенка по программе медицинской помощи, если это:
 - приведет к сокращению страхового объема или любых других страховых возмещений;
 - приведет к необходимости оплаты вашей семьей услуг, которые в противном случае были бы включены в программу медицинской помощи и которые необходимы для вашего ребенка во внеурочное время;
 - приведет к увеличению страховых взносов или прекращению действия льгот или страховки;
 - может повлечь за собой утрату права на оказание помощи на дому или по месту жительства на основе совокупных расходов на медицинское обслуживание.

Вы имеете право в любое время отказаться от предоставления информации, позволяющей установить личность, для программы медицинской помощи штата. Если вы отказываетесь от предоставления агентству поставщика информации о ребенке, позволяющей установить личность, это не освобождает агентство поставщика от обязанности бесплатно предоставить вашему ребенку все необходимые услуги.

Имеет ли ребенок право на участие в программе МА? Да Нет

Номер по программе МА

- Я согласен на координацию услуг раннего вмешательства и назначение координатора (-ов) услуг, указанного (-ых) в данном индивидуальном плане обслуживания семьи (IFSP), координатором (координаторами) услуг МА (свод законов штата Мэриленд, пункт 10.09.40). Я понимаю, что я имею право выбирать координатора услуг для моего ребенка. В настоящее время я согласен (-а) на следующего (-их) координатора (-ов) услуг.

Имя координатора услуг МА:

Имя координатора услуг МА:

- Я понимаю, что если захочу изменить координатора услуг МА в будущем, то должен (должна) буду позвонить ответственным за программу раннего вмешательства.
- Я понимаю, что целью данной услуги является помощь в получении доступа к необходимым медицинским, социальным, образовательным и иным услугам.
- Я даю разрешение агентству поставщика передать информацию, позволяющую установить личность, о моем ребенке для программы медицинской помощи для получения соответствующих льгот.
- Я даю разрешение предоставляющей услугу организации на взыскание расходов с Medicaid за координацию услуг, а также услуги по здравоохранению, связанные с реализацией целей индивидуального плана обслуживания семьи (IFSP) для моего ребенка.
- Я понимаю, что мой отказ предоставляющей услугу организации в доступе к средствам МА не освобождает предоставляющую услугу организацию от ответственности бесплатно обеспечить предоставление всех необходимых услуг моему ребенку.

Имя и фамилия ребенка	Идентификационный номер	Дата проведения встречи группы IFSP
-----------------------	-------------------------	-------------------------------------

- Я понимаю, что эта услуга не ограничивает и никаким иным образом не влияет на право получения моим ребенком других пособий по программе МА. Я также понимаю, что мой ребенок может не получить подобный вид координации медицинских услуг по программе МА, если он претендует на более чем один вид услуги.

Подпись родителя (родителей)/опекуна/лица, заменяющего родителя

Дата

Индивидуальный план семейного обслуживания (IFSP)

Предварительное письменное уведомление

ЦЕЛЬ ЗАСЕДАНИЯ	ПРЕДЛОЖЕННЫЕ И (ИЛИ) ОТКЛОНЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ	ПРИЧИНЫ ПРЕКРАЩЕНИЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ (выберите <u>один</u> вариант)	
		ДАТА ПРЕКРАЩЕНИЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ	
(Выберите все применимые варианты.)	(Выберите один вариант для <i>продолжения, изменения</i> или <i>завершения</i> IFSP.)		
<input type="checkbox"/> Промежуточная <input type="checkbox"/> Первоначальный план IFSP <input type="checkbox"/> Полугодовой пересмотр <input type="checkbox"/> Другой пересмотр <input type="checkbox"/> Ежегодный пересмотр	<input type="checkbox"/> Начало IFSP <input type="checkbox"/> Продолжение IFSP <input type="checkbox"/> Изменение IFSP (выберите все применимые варианты) <input type="checkbox"/> Добавление услуги <input type="checkbox"/> Добавление услуги <input type="checkbox"/> Изменение услуги <input type="checkbox"/> Окончание предоставления услуги <input type="checkbox"/> Добавление/изменение результатов <input type="checkbox"/> Планирование перехода — в <i>возрасте трех лет</i> <input type="checkbox"/> Планирование перехода — в <i>возрасте старше трех лет</i> <input type="checkbox"/> Завершение IFSP (если выбран этот вариант, заполните раздел «ПРИЧИНЫ ПРЕКРАЩЕНИЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ»)	<input type="checkbox"/> Установлено, что ребенок не соответствует критериям — <i>только проверка</i> (от рождения до трех лет) <input type="checkbox"/> Установлено, что <i>ребенок никогда не соответствовал критериям</i> участия в программе (от рождения до трех лет) <input type="checkbox"/> Не удалось связаться с семьей (от рождения до четырех лет) <input type="checkbox"/> Отказ родителей от участия в программе (от рождения до четырех лет) <input type="checkbox"/> Завершение IFSP до достижения ребенком трех лет (от рождения до трех лет) <input type="checkbox"/> Переход в <u>возрасте</u> трех лет <i>без продолжения IFSP</i> (от рождения до трех лет) <input type="checkbox"/> Переход в возрасте <u>старше</u> трех лет (от трех до четырех лет) <input type="checkbox"/> Завершение IFSP после достижения ребенком трех лет (от трех до четырех лет) <input type="checkbox"/> Переход в начале учебного года после достижения ребенком четырех лет <input type="checkbox"/> Переезд в другую юрисдикцию (от рождения до четырех лет)	НАЗВАНИЕ ЮРИСДИКЦИИ: <input type="checkbox"/> Переезд за пределы штата (от рождения до четырех лет) <input type="checkbox"/> Смерть (от рождения до четырех лет)

ОПИСАНИЕ ПРЕДЛОЖЕННЫХ И (ИЛИ) ОТКЛОНЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ И РАЗЪЯСНЕНИЕ КАЖДОГО ДЕЙСТВИЯ

Имя и фамилия ребенка		Идентификационный номер		Дата проведения встречи группы IFSP	
-----------------------	--	-------------------------	--	-------------------------------------	--

ПРАВА РОДИТЕЛЕЙ: УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРОЦЕССУАЛЬНЫХ ГАРАНТИЯХ ШТАТА МЭРИЛЕНД

Родитель ребенка с задержкой развития/инвалидностью имеет право на определенные процессуальные гарантии, как указано в прилагаемой брошюре «Права родителей: уведомление о процессуальных гарантиях штата Мэриленд», включая право требовать посредничества или подать процессуальную жалобу, если родитель не согласен с предложенными и (или) отклоненными действиями, а также право подать жалобу в органы штата.

- Копия брошюры «Права родителей: уведомление о процессуальных гарантиях штата Мэриленд» была предоставлена родителю (родителям)
- Родитель (родители) оказался (отказались) от копии

СЛУЖБЫ ПОДДЕРЖКИ СЕМЬИ

Информация о **МЕСТНОЙ** сети поддержки семьи/партнерах из детских дошкольных учреждений.

БЕСПЛАТНЫЕ ЗВОНКИ СО ВСЕГО ШТАТА на информационную линию служб поддержки семьи: **1-800-535-0182**.

Услуга Департамента образования штата Мэриленд, отдела специального образования/услуг по раннему вмешательству.