



Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP)

Ngày Giới thiệu:	Ngày Họp IFSP:	Loại hình Họp:	<input type="checkbox"/> Tạm thời	<input type="checkbox"/> Ban đầu	<input type="checkbox"/> Kiểm tra 6 tháng	<input type="checkbox"/> Kiểm tra Khác	<input type="checkbox"/> Hàng năm
------------------	----------------	----------------	-----------------------------------	----------------------------------	---	--	-----------------------------------

Thông tin về Trẻ em và Gia đình

Tên của Trẻ (Tên/Tên lót/Họ):					
Ngày Sinh:	Số ID:	Số MA:			
Địa chỉ:	Điện thoại Nhà riêng:				
Tên Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện:					
Địa chỉ:	Điện thoại Nhà riêng:				
Địa chỉ:	Điện thoại Cơ quan:				
Email:	Điện thoại Di động:				
Thời gian Liên lạc Thích hợp nhất:	Phương pháp Liên lạc Thích hợp nhất:	<input type="checkbox"/> Điện thoại Nhà riêng	<input type="checkbox"/> Điện thoại Nơi làm việc	<input type="checkbox"/> Điện thoại Di động	<input type="checkbox"/> Email

Thành viên Nhóm IFSP

Các thành viên nhóm sau đây đã góp phần vào việc phát triển IFSP này:

Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện

Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện

Điều phối viên Dịch vụ

Người đánh giá/Người thẩm định/Nhà cung cấp dịch vụ

Điều phối viên Dịch vụ Tạm thời/Thay thế (nếu có)

Người đánh giá/Người thẩm định/Nhà cung cấp dịch vụ

Đại diện Cơ quan Lãnh đạo (nếu có)

Người tham gia Khác, Chức vụ

Cơ quan

Thông tin về Điều phối viên Dịch vụ

Nếu có thắc mắc về IFSP này hoặc về bất kỳ người nào làm việc với con và gia đình quý vị, hãy liên lạc với điều phối viên dịch vụ của quý vị.

Tên Điều phối viên Dịch vụ:

Cơ quan:

Địa chỉ

Điện thoại Cơ quan:

Email:

Ngày Họp IFSP Dự kiến

Kiểm tra IFSP 6 Tháng		Kiểm tra IFSP Hàng năm			Hợp Lập kế hoạch Chuyển tiếp		
Bản dịch Tiếng Mẹ đẻ:	Phụ huynh có được Thông báo không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không Áp dụng	Phụ huynh có được yêu cầu không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

Tên của Trẻ:

Số ID:

Ngày Họp IFSP:

PHẦN I – THÔNG TIN VỀ SỰ PHÁT TRIỂN CỦA CON TÔI
Mục A – Thông tin Sức khỏe

Sức khỏe Tổng quát

Thời gian mang thai của quý vị là bao lâu? _____ Tuần _____ Ngày

Cân nặng của con quý vị? _____ Pound _____ Ounce HOẶC _____ Gram

Ai là bác sĩ chăm sóc chính hoặc chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác của quý vị?

Điện thoại:

Bác sĩ B. Healthy

TIÊM NGỪA

Các mũi tiêm ngừa của con quý vị có được cập nhật không?

 Có Không Không Chắc chắn Không Áp dụng

Đảm bảo gia đình hiểu rõ các yêu cầu của nhà trường về tiêm ngừa tại thời điểm trẻ có thể sẵn sàng chuyển tiếp sang chương trình giáo dục trẻ em sớm tại trường/cộng đồng.

TÂM SOÁT/XÉT NGHIỆM NỒNG ĐỘ CHÌ

Con quý vị đã xét nghiệm hàm lượng chì chưa?

 Có KhôngNếu **CÓ**, thì hàm lượng là bao nhiêu? _____

Có quan ngại gì về hàm lượng chì của con quý vị không?

 Có KhôngNếu **CÓ**, vui lòng giải thích. _____

DINH DƯỠNG

Có quan ngại gì về vấn đề ăn uống, dinh dưỡng chung hoặc sự tăng trưởng của con quý vị không?

 Có KhôngNếu **CÓ**, vui lòng giải thích.

NHỮNG QUAN NGẠI VỀ SỨC KHỎE TỔNG QUÁT

Xem xét tình trạng sức khỏe hiện tại của con quý vị. Có vấn đề nào về sức khỏe của trẻ (dụng cụ đặc biệt, dị ứng, các thông tin về vấn đề tinh thần hoặc thể chất khác) mà chúng tôi nên biết để lập kế hoạch cũng như cung cấp dịch vụ tốt hơn cho trẻ và gia đình quý vị không, kể cả những chẩn đoán cụ thể?

Tên của Trẻ:

Số ID:

Ngày Họp IFSP:

PHẦN I – THÔNG TIN VỀ SỰ PHÁT TRIỂN CỦA CON TÔI

Mục B - Đánh giá Đủ điều kiện

Tình trạng Đánh giá: Đủ điều kiện Ban đầu Đủ điều kiện Tiếp tục

Đánh giá về Phát triển

	Ngày Đánh giá (NGÀY/THÁNG /NĂM)	Tên Công cụ Đánh giá	Tuổi Đời	Tuổi Điều chỉnh (nếu áp dụng)	Mức Tuổi/ Độ Tuổi	Mô tả Định tính		
NHẬN THỨC								
GIAO TIẾP								
XÃ HỘI/ CẢM XÚC								
THÍCH NGHI								
THỂ CHẤT	Vận động Tinh							
	Vận động Thô							
	Thính lực	Con quý vị có đạt Kiểm tra Thính lực Chung cho Trẻ sơ sinh không?				<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không Áp dụng
		Con quý vị đã đến khám ở chuyên viên thính học để được đánh giá thính lực toàn diện chưa?				<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
		Có quan ngại gì về sức nghe của con quý vị không?				<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
	Kết quả Đánh giá/Quan sát:							
	Thị lực	Con quý vị đã kiểm tra thị lực chưa?				<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Có quan ngại gì về thị lực của con quý vị không?				<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không			
Kết quả Đánh giá/Quan sát:								

Sự hội đủ điều kiện

Con của quý vị đủ điều kiện được hưởng dịch vụ can thiệp sớm căn cứ vào kết quả của quy trình Đánh giá về Phát triển.

*Sự hội đủ điều kiện dựa trên **MOT** danh mục được đánh dấu chọn dưới đây.*

CHẬM PHÁT TRIỂN ÍT NHẤT 25%

Con tôi đủ điều kiện được hưởng dịch vụ can thiệp sớm vì trẻ bị chậm phát triển ít nhất 25% ở một hoặc nhiều lĩnh vực phát triển sau đây.

SỰ PHÁT TRIỂN HOẶC HÀNH VI KHÔNG ĐIỂN HÌNH

Con tôi đủ điều kiện được hưởng dịch vụ can thiệp sớm vì trẻ thể hiện sự phát triển hoặc hành vi không điển hình ở một hoặc nhiều lĩnh vực phát triển, mà có thể dẫn đến sự chậm phát triển sau này.

Tên của Trẻ:

Số ID:

Ngày Họp IFSP:



TÌNH TRẠNG THỂ CHẤT HOẶC TINH THẦN ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN CÓ XÁC XUẤT CAO VỀ CHẬM PHÁT TRIỂN

Con tôi đủ điều kiện được hưởng dịch vụ can thiệp sớm vì trẻ có (các) tình trạng thể chất hoặc tinh thần được chẩn đoán có khả năng cao bị chậm phát triển:

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:
--------------	--------	----------------

PHẦN II - LƯỢC SỬ VỀ GIA ĐÌNH VÀ CON TÔI

Mục A - Đánh giá: Các Thói quen/Hoạt động và Môi trường Tự nhiên

Mục đích của dịch vụ can thiệp sớm là để hỗ trợ con quý vị tham gia thành công vào các hoạt động hàng ngày tại nhà và cộng đồng có ý nghĩa với quý vị và gia đình quý vị. Do đó, cần chú trọng việc hiểu rõ các khả năng về chức năng của con quý vị trong những hoạt động và cơ sở này. Quý vị có thể chia sẻ thông tin nhiều hay ít tùy ý.

Đánh giá về Trẻ em và Gia đình (đánh dấu phần đánh giá được sử dụng):

<input type="checkbox"/>	Phỏng vấn Dựa trên Thói quen (RBI) Chuyển sang Phần II Mục B
<input type="checkbox"/>	Thang Đánh giá sự Hài lòng của Gia đình trong phạm vi các Thói quen (SAFER) Chuyển sang Phần II Mục B
<input type="checkbox"/>	Mục Thói quen & Hoạt động Hàng ngày của IFSP
<input type="checkbox"/>	Gia đình từ chối làm đánh giá dành riêng cho gia đình

THÓI QUEN VÀ HOẠT ĐỘNG HÀNG NGÀY	NGÀY :
---	------------------

Thói quen/Hoạt động	Điều gì hiện đang xảy ra, với ai và ở đâu?	Tình hình thế nào?	
<input type="checkbox"/> Thức Dậy	<i>Con quý vị tương tác và quan hệ với những người khác trong hoạt động này như thế nào?</i>	<input type="checkbox"/> Đi đứng Tốt <input type="checkbox"/> Một số Quan ngại <input type="checkbox"/> Rất nhiều Quan ngại	
<input type="checkbox"/> Mặc quần áo			
<input type="checkbox"/> Dùng tã lót/vệ sinh			
<input type="checkbox"/> Bữa ăn chính/ăn phụ			
<input type="checkbox"/> Chơi đùa			
<input type="checkbox"/> Chuyển tiếp	<i>Con quý vị sẽ học như thế nào về hoạt động này để tham gia thành công?</i>	Quý vị mong muốn điều khác biệt nào?	
<input type="checkbox"/> Hoạt động bên ngoài	<i>Con quý vị sử dụng những loại hành vi nào để đáp ứng các nhu cầu và mong muốn của trẻ trong hoạt động này? Mức độ độc lập của trẻ?</i>		
<input type="checkbox"/> Thời gian tại nơi chăm sóc trẻ			
<input type="checkbox"/> Thời gian với gia đình, bạn bè và những trẻ khác			
<input type="checkbox"/> Giờ tắm			
<input type="checkbox"/> Giờ đọc sách			
<input type="checkbox"/> Ngủ trưa/Giờ ngủ			
<input type="checkbox"/> Khác:			

Thói quen/Hoạt động	Điều gì hiện đang xảy ra, với ai và ở đâu?	Tình hình thế nào?	
<input type="checkbox"/> Thức Dậy	<i>Con quý vị tương tác và quan hệ với những người khác trong hoạt động này như thế nào?</i>	<input type="checkbox"/> Đi đứng Tốt <input type="checkbox"/> Một số Quan ngại <input type="checkbox"/> Rất nhiều Quan ngại	
<input type="checkbox"/> Mặc quần áo			
<input type="checkbox"/> Dùng tã lót/vệ sinh			
<input type="checkbox"/> Bữa ăn chính/bữa ăn phụ			
<input type="checkbox"/> Chơi đùa			
<input type="checkbox"/> Chuyển tiếp	<i>Con quý vị sẽ học như thế nào về hoạt động này để tham gia thành công?</i>	Quý vị mong muốn điều khác biệt nào?	
<input type="checkbox"/> Hoạt động bên ngoài	<i>Con quý vị sử dụng những loại hành vi nào để đáp ứng các nhu cầu và mong muốn của trẻ trong hoạt động này? Mức độ độc lập của trẻ?</i>		
<input type="checkbox"/> Thời gian tại nơi chăm sóc trẻ			
<input type="checkbox"/> Thời gian với gia đình, bạn bè và những trẻ khác			
<input type="checkbox"/> Giờ tắm			
<input type="checkbox"/> Giờ đọc sách			
<input type="checkbox"/> Ngủ trưa/Giờ ngủ			
<input type="checkbox"/> Khác:			

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:
---------------------	---------------	-----------------------

<input type="checkbox"/> Hoạt động bên ngoài		Quý vị mong muốn điều gì?
<input type="checkbox"/> Thời gian tại nơi chăm sóc trẻ		
<input type="checkbox"/> Thời gian với gia đình, bạn bè và những trẻ khác		
<input type="checkbox"/> Giờ tắm		
<input type="checkbox"/> Giờ đọc sách		
<input type="checkbox"/> Ngủ trưa/Giờ ngủ		
<input type="checkbox"/> Khác:		

Tên của Trẻ:

Số ID:

Ngày Họp IFSP:

PHẦN II - LƯỢC SỬ VỀ GIA ĐÌNH VÀ CON TÔI**Mục B - Đánh giá: Nguồn lực, Ưu tiên và Quan ngại của Gia đình Chúng tôi**

Một trong những mục tiêu của can thiệp sớm là có thể giúp các gia đình chăm sóc con em mình và có các nguồn lực cần thiết để tham gia vào các hoạt động mong muốn riêng của gia đình và cộng đồng, kể cả việc có thể mô tả khả năng và khó khăn của con em mình để giúp con mình phát triển và học hỏi.

Nguồn lực của Gia đình

Những nguồn lực hỗ trợ mà con/gia đình tôi có, kể cả con người, hoạt động, chương trình/tổ chức.

Những ai sống cùng với gia đình quý vị? Ai cung cấp hỗ trợ cho gia đình quý vị? Có thể bao gồm ông bà, cô dì, chú bác, bạn bè, nhóm/tổ chức (chăm sóc trẻ em, WIC, nhóm phụ huynh, khách thăm gia đình), bác sĩ, y tá, v.v...

Ưu tiên của Gia đình

Hy vọng và ước mơ về con tôi. Những điều quan trọng nhất cho con và/hoặc gia đình tôi ngay bây giờ.

Nhìn chung, con quý vị có điểm mạnh, khả năng và sở thích gì? Các ưu tiên của quý vị cho con mình và gia đình dựa trên thảo luận về các hoạt động và thói quen hàng ngày của quý vị là gì?

Quan ngại của Gia đình

Quan ngại của tôi về sức khỏe và sự phát triển của con tôi. Thông tin, nguồn lực, sự hỗ trợ mà tôi cần hoặc muốn cho con tôi và/hoặc gia đình tôi.

Quý vị lo lắng về điều gì? Quý vị muốn thay đổi những gì nếu có thể?

Kết nối Cộng đồng: Kiểm tra các liên kết về nguồn lực/dịch vụ mà gia đình quý vị muốn biết thêm thông tin:

- Những nơi con tôi có thể chơi với những trẻ khác trong cộng đồng
- Trung tâm chăm sóc trẻ em
- Trung tâm Judy
- Quần áo, thức ăn, v.v.
- Mạng lưới Hỗ trợ Gia đình/Đối tác Tiền học đường
- Hỗ trợ Nhà ở
- Chăm sóc sức khỏe, sức khỏe tâm thần và/hoặc bảo hiểm y tế
- Chẩn đoán hoặc khuyết tật của con tôi
- Thảo luận với những phụ huynh khác
- Dịch vụ hỗ trợ/huấn luyện/tư vấn cho phụ huynh
- Khác:

Tên của Trẻ:

Số ID:

Ngày Họp IFSP:

PHẦN II - LƯỢC SỬ VỀ GIA ĐÌNH VÀ CON TÔI

Phần C - Tóm tắt Đánh giá: Mức Phát triển Chức năng Hiện tại

Trong khi đánh giá quá trình hội đủ điều kiện, chúng tôi đã xem xét sự phát triển của con quý vị trong năm lĩnh vực. Trong khi đánh giá trẻ và gia đình, chúng tôi đã thu thập thông tin về khả năng hoạt động của con quý vị trong các hoạt động và thói quen hàng ngày. Khả năng hoạt động của trẻ em sẽ đan xen trong các lĩnh vực phát triển cho nên chúng tôi kết hợp lại và tổng hợp tất cả các khả năng, điểm mạnh và nhu cầu chức năng thành ba lĩnh vực kết quả chức năng. Đây là tóm tắt về những gì chúng tôi đã phát hiện được để làm cho chương trình của chúng tôi phù hợp nhất với các điểm mạnh và sở thích phát triển của con quý vị. Nguồn thông tin có thể bao gồm các lần chúng tôi đã trao đổi với quý vị, quan sát con quý vị trong các hoạt động hàng ngày, đánh giá đủ điều kiện, hoạt động đánh giá trẻ và gia đình cũng như các báo cáo bên ngoài.

Hơn nữa, chúng ta sẽ cùng nhau xem xét và xác định cách con quý vị hoạt động trong những lĩnh vực này so với những trẻ khác cùng độ tuổi. Điều này là để chúng tôi giúp quý vị hỗ trợ sự phát triển và tham gia của trẻ trong các hoạt động hàng ngày VÀ giúp chúng tôi hiểu cách trẻ sẽ được hưởng lợi như thế nào từ việc tham gia Chương trình Trẻ sơ sinh và Trẻ tập đi Maryland.

Ngoài Đánh giá Đủ điều kiện (Phần I, Mục B) và Đánh giá Trẻ em và Gia đình (Phần II, Mục A & B), hãy cho biết bất kỳ đánh giá bổ sung nào và ngày hoàn thành, được sử dụng để phát triển bản tóm tắt này:

Đánh giá: _____ Ngày: _____

Đánh giá: _____ Ngày: _____

Lưu ý: Điểm mạnh và nhu cầu trong tất cả các lĩnh vực phát triển bao gồm: Nhận thức, Giao tiếp (Diễn đạt và Tiếp thu), Xã hội và Cảm xúc, Thích ứng/Tự Giúp đỡ, Vận động Tinh và Vận động Thô phải được giải quyết theo chức năng trong ngữ cảnh:

Phát triển các Kỹ năng và Quan hệ Xã hội Tích cực, Tiếp thu và Sử dụng Kiến thức & Kỹ năng và Sử dụng các Hành vi Phù hợp để Đáp ứng Nhu cầu.

Phát triển các Kỹ năng và Quan hệ Xã hội Tích cực:

Phần này là đề cập đến cách trẻ liên hệ với những người xung quanh — cha mẹ, người chăm sóc, anh chị em và những trẻ khác. Bao gồm nhiều kỹ năng khác nhau như giao tiếp, thể hiện cảm xúc thích hợp và kiểm soát hành vi của chính mình. Có các mối quan hệ xã hội tích cực cũng yêu cầu trẻ nhỏ tuân thủ các quy tắc về tương tác, như chờ đợi đến lượt hoặc chia sẻ.

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:
---------------------	---------------	-----------------------

<input type="checkbox"/> Kỹ năng của trẻ rất giống với kỹ năng của một trẻ nhỏ hơn rất nhiều. Trẻ thể hiện các kỹ năng rất sớm nhưng chưa có nền tảng cơ bản trực tiếp hoặc kỹ năng được kỳ vọng theo độ tuổi trong lĩnh vực này.	<input type="checkbox"/> Kỹ năng của trẻ rất giống với kỹ năng của một trẻ nhỏ hơn rất nhiều. Trẻ có một số kỹ năng mới có hoặc kỹ năng nền tảng cơ bản trực tiếp sẽ giúp trẻ hoạt động hướng tới các kỹ năng thích hợp với độ tuổi trong lĩnh vực này.	<input type="checkbox"/> Kỹ năng của trẻ rất giống với kỹ năng của một trẻ nhỏ hơn. Trẻ chưa sử dụng các kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi của mình, tuy nhiên lại sử dụng nhiều kỹ năng cơ bản quan trọng và trực tiếp để xây dựng trong lĩnh vực này.	<input type="checkbox"/> Đôi khi trẻ có sử dụng một số kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi, nhưng đa số các kỹ năng của trẻ vẫn chưa phải là các kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi trong lĩnh vực này. Trẻ vẫn thể hiện nhiều kỹ năng giống các trẻ nhỏ hơn.	<input type="checkbox"/> Trẻ thể hiện nhiều kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi, nhưng vẫn tiếp tục thể hiện một số kỹ năng mà có thể được mô tả là của trẻ nhỏ tuổi hơn đôi chút trong lĩnh vực này.	<input type="checkbox"/> Trẻ có những kỹ năng mà chúng tôi kỳ vọng cho tuổi của trẻ trong lĩnh vực này, tuy nhiên vẫn có những lo ngại.	<input type="checkbox"/> Trẻ có tất cả các kỹ năng mà chúng tôi kỳ vọng so với độ tuổi của trẻ trong lĩnh vực này.
Trẻ có thể hiện những kỹ năng hoặc hành vi mới nào liên quan đến lĩnh vực này kể từ bản tóm lược gần nhất không?				<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không Áp dụng

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:
--------------	--------	----------------

PHẦN II - LƯỢC SỬ VỀ GIA ĐÌNH VÀ CON TÔI
Phần C - Tóm tắt Đánh giá: Mức Phát triển Chức năng Hiện tại (Tiếp theo)

Tiếp thu và Sử dụng Kiến thức cũng như Kỹ năng: Phần này là đề cập đến các kỹ năng tư duy, học tập, lý luận, ghi nhớ và giải quyết vấn đề, kiến thức chung mà trẻ có được về thế giới của mình, chẳng hạn như khái niệm nhiều hơn và ít hơn, màu sắc và hình dạng, câu chuyện cũng như sách vở và việc sử dụng kiến thức này để tham gia vào các hoạt động hàng ngày. Đó là về việc học hỏi sớm và cách trẻ hiểu thế giới của trẻ và đạt được các kỹ năng cần thiết để thành công ở trường học và hơn thế nữa.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kỹ năng của trẻ rất giống với kỹ năng của một trẻ nhỏ hơn rất nhiều. Trẻ thể hiện các kỹ năng rất sớm nhưng chưa có nền tảng cơ bản trực tiếp hoặc kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi trong lĩnh vực này.	Kỹ năng của trẻ rất giống với kỹ năng của một trẻ nhỏ hơn rất nhiều. Trẻ có một số kỹ năng mới có hoặc kỹ năng nền tảng cơ bản trực tiếp sẽ giúp trẻ hoạt động hướng tới các kỹ năng thích hợp với độ tuổi trong lĩnh vực này.	Kỹ năng của trẻ rất giống với kỹ năng của một trẻ nhỏ hơn. Trẻ chưa sử dụng các kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi của mình, tuy nhiên lại sử dụng nhiều kỹ năng cơ bản quan trọng và trực tiếp để xây dựng trong lĩnh vực này.	Đôi khi trẻ có sử dụng một số kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi, nhưng đa số các kỹ năng của trẻ vẫn chưa phải là các kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi trong lĩnh vực này. Trẻ vẫn thể hiện nhiều kỹ năng giống các trẻ nhỏ hơn.	Trẻ thể hiện nhiều kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi, nhưng vẫn tiếp tục thể hiện một số kỹ năng mà có thể được mô tả là của trẻ nhỏ tuổi hơn đôi chút trong lĩnh vực này.	Trẻ có những kỹ năng mà chúng tôi kỳ vọng cho tuổi của trẻ trong lĩnh vực này, tuy nhiên vẫn có những lo ngại.	Trẻ có tất cả các kỹ năng mà chúng tôi kỳ vọng so với độ tuổi của trẻ trong lĩnh vực này.
Trẻ có thể hiện những kỹ năng hoặc hành vi mới nào liên quan đến lĩnh vực này kể từ bản tóm lược gần nhất không?				<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không Áp dụng

Sử dụng Hành vi Phù hợp để Đáp ứng Nhu cầu: Phần này là đề cập đến việc trẻ có thể tự chăm sóc bản thân và sử dụng những cách thích hợp để có được những gì mình cần và muốn. Bao gồm các hoạt động hàng ngày như ăn uống, mặc quần áo, chơi đồ chơi, đưa ra lựa chọn và di chuyển từ nơi này đến nơi khác, cũng như cách trẻ phản ứng với những khó khăn hoặc trì hoãn việc đạt được những gì mình muốn. Điều này cũng liên quan đến việc trẻ nhận biết và đáp ứng với các tình huống có thể nguy hiểm. Phần này tập trung cao vào sự độc lập mới bộc lộ.

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:
---------------------	---------------	-----------------------

<input type="checkbox"/> Kỹ năng của trẻ rất giống với kỹ năng của một trẻ nhỏ hơn rất nhiều. Trẻ thể hiện các kỹ năng rất sớm nhưng chưa có nền tảng cơ bản trực tiếp hoặc kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi trong lĩnh vực này.	<input type="checkbox"/> Kỹ năng của trẻ rất giống với kỹ năng của một trẻ nhỏ hơn rất nhiều. Trẻ có một số kỹ năng mới có hoặc kỹ năng nền tảng cơ bản trực tiếp sẽ giúp trẻ hoạt động hướng tới các kỹ năng thích hợp với độ tuổi trong lĩnh vực này.	<input type="checkbox"/> Kỹ năng của trẻ rất giống với kỹ năng của một trẻ nhỏ hơn. Trẻ chưa sử dụng các kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi của mình, tuy nhiên lại sử dụng nhiều kỹ năng cơ bản quan trọng và trực tiếp để xây dựng trong lĩnh vực này.	<input type="checkbox"/> Đôi khi trẻ có sử dụng một số kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi, nhưng đa số các kỹ năng của trẻ vẫn chưa phải là các kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi trong lĩnh vực này. Trẻ vẫn thể hiện nhiều kỹ năng giống các trẻ nhỏ hơn.	<input type="checkbox"/> Trẻ thể hiện nhiều kỹ năng được kỳ vọng so với độ tuổi, nhưng vẫn tiếp tục thể hiện một số kỹ năng mà có thể được mô tả là của trẻ nhỏ tuổi hơn đôi chút trong lĩnh vực này.	<input type="checkbox"/> Trẻ có những kỹ năng mà chúng tôi kỳ vọng cho tuổi của trẻ trong lĩnh vực này, tuy nhiên vẫn có những lo ngại.	<input type="checkbox"/> Trẻ có tất cả các kỹ năng mà chúng tôi kỳ vọng so với độ tuổi của trẻ trong lĩnh vực này.
Trẻ có thể hiện những kỹ năng hoặc hành vi mới nào liên quan đến lĩnh vực này kể từ bản tóm lược gần nhất không?				<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không Áp dụng

Tên của Trẻ:

Số ID:

Ngày Họp IFSP:

PHẦN III - KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC CỦA GIA ĐÌNH VÀ CON TÔI

Kết quả đạt được của Trẻ và Gia đình

Thông tin này sẽ giúp quý vị hỗ trợ cho con mình tham gia vào các hoạt động và thói quen hàng ngày dựa trên các ưu tiên của quý vị cho việc học tập và phát triển của trẻ. Các hoạt động mà quý vị tập trung vào với chức năng là kết quả để làm thước đo tiến bộ của con mình nhưng sẽ không phải là hoạt động duy nhất đối với nhóm của quý vị.

Chương trình Trẻ sơ sinh và Trẻ tập đi sẽ hỗ trợ người lớn thường xuyên tương tác với con của quý vị. Con của bạn học hỏi tốt nhất qua kỹ năng nào của người lớn (đọc, làm, nghe, xem)?

KẾT QUẢ SỐ

Kết quả là chức năng, thước đo và trong bối cảnh hoạt động cũng như thói quen hàng ngày.

Chúng ta muốn thấy những gì xảy ra trong hoạt động/thói quen hàng ngày của mình?

Làm sao chúng ta biết là mình đã đạt được điều này?
Và vào thời điểm nào?

CHIẾN LƯỢC

Đang làm gì để xử lý kết quả này? Một số chiến lược ban đầu để bắt đầu/tiếp tục là gì?

Các chiến lược bổ sung và đang diễn ra liên quan đến kết quả này sẽ được phát triển cùng với quý vị trong các lần tiếp xúc về can thiệp sớm.

Kết quả IFSP này sẽ giải quyết:

- Con Quý vị Phát triển các Quan hệ Xã hội Tích cực
 Con Quý vị Tiếp thu và Sử dụng Kiến thức cũng như Kỹ năng
 Con Quý vị Sử dụng Hành vi Phù hợp để Đáp ứng Nhu cầu
 Kết quả Đạt được của Gia đình

KẾT QUẢ GIÁO DỤC ĐƯỢC ĐỀ CẬP (Bắt buộc đối với trẻ 3 tuổi trở lên)

 Ngôn ngữ Tính toán Tiền đọc viết

KIỂM TRA TIẾN BỘ ĐẠT ĐƯỢC

Mã Kiểm tra: **Chọn mã thích hợp nhất.**

Mã:

Ngày:

Ký tắt:

Nhận xét:

- 1- Đã đạt mục tiêu – Chúng tôi đã thành công!
- 2- Đang Tiến bộ – Chúng tôi đang có tiến bộ.
- 3- Điều chỉnh Nhu cầu – Hãy điều chỉnh.
 - a. Duyệt lại kết quả
 - b. Thay đổi dịch vụ
 - c. Khác:

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:
--------------	--------	----------------

- 4- Không còn Cần nữa – *Hãy tập trung vào lĩnh vực khác.*
 5- Tạm hoãn

PHẦN IV - DỊCH VỤ VÀ HỖ TRỢ CAN THIỆP SỚM CỦA CHÚNG TÔI

Tóm lược về Dịch vụ Can thiệp Sớm

Các hỗ trợ và dịch vụ được xác định sau khi phát triển các kết quả IFSP chức năng. Những mục này được thiết kế nhằm nâng cao năng lực của các gia đình để hỗ trợ cho việc học tập và phát triển của con họ qua việc tham gia vào các chức năng hoạt động của gia đình và cộng đồng. Mỗi cơ quan hoặc cá nhân có vai trò trực tiếp trong việc cung cấp dịch vụ can thiệp sớm đều có trách nhiệm hỗ trợ gia đình đạt được các kết quả trong IFSP này.

NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHÍNH	ĐIỀU PHỐI VIÊN DỊCH VỤ GIA ĐÌNH	DỊCH VỤ CAN THIỆP SỚM	CƯỜNG ĐỘ	TẦN SUẤT			CƠ SỞ CUNG CẤP DỊCH VỤ	THỜI GIAN	
			<input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm	Tần suất?	Số buổi	Số phút mỗi buổi	<input type="checkbox"/> Nhà riêng <input type="checkbox"/> Cộng đồng <input type="checkbox"/> Khác* *Giải trình	Ngày Bắt đầu theo Kế hoạch	Ngày Kết thúc theo Kế hoạch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm				<input type="checkbox"/> Nhà riêng <input type="checkbox"/> Cộng đồng <input type="checkbox"/> Khác* *Giải trình		
TÊN NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ:				THÔNG TIN LIÊN LẠC:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm				<input type="checkbox"/> Nhà riêng <input type="checkbox"/> Cộng đồng <input type="checkbox"/> Khác* *Giải trình		
TÊN NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ:				THÔNG TIN LIÊN LẠC:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm				<input type="checkbox"/> Nhà riêng <input type="checkbox"/> Cộng đồng <input type="checkbox"/> Khác* *Giải trình		
TÊN NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ:				THÔNG TIN LIÊN LẠC:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm				<input type="checkbox"/> Nhà riêng <input type="checkbox"/> Cộng đồng <input type="checkbox"/> Khác* *Giải trình		
TÊN NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ:				THÔNG TIN LIÊN LẠC:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm				<input type="checkbox"/> Nhà riêng <input type="checkbox"/> Cộng đồng <input type="checkbox"/> Khác* *Giải trình		
TÊN NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ:				THÔNG TIN LIÊN LẠC:					

Thảo luận về việc Cung cấp (các) Dịch vụ Can thiệp Sớm:

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:
--------------	--------	----------------

*Nếu một dịch vụ can thiệp sớm không được cung cấp trong môi trường tự nhiên, thì **giải trình** cho quyết định của nhóm IFSP mà kết quả không thể đạt được trong môi trường tự nhiên đó là như thế nào?

DỊCH VỤ DÀNH CHO TRẺ EM BỊ MÙ/KHIẾM THỊ HOẶC ĐIẾC/KHIẾM THÍNH

Cha mẹ có được cung cấp thông tin liên quan đến Trường Maryland cho Người mù không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không Áp dụng
Cha mẹ có được cung cấp thông tin liên quan đến Trường Maryland cho Người điếc không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không Áp dụng

Tên của Trẻ:

Số ID:

Ngày Họp IFSP:

PHẦN V - LẬP KẾ HOẠCH CHUYỂN TIẾP CỦA CON TÔI

Mục A - Xác định việc Chuyển tiếp

Sự chuyển tiếp xảy ra trong suốt sự tham gia của gia đình trong các dịch vụ can thiệp sớm. Một số trong đó là không chính thức, như chuyển về nhà sau khi nằm viện hoặc đến một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ em mới hay khi cha mẹ bắt đầu một công việc mới. Chuyển tiếp cũng là việc ra khỏi chương trình can thiệp sớm và có thể tham gia vào một chương trình khác trong cộng đồng hoặc ở trường. Nhóm IFSP có thể giúp quý vị lập kế hoạch chuyển tiếp suôn sẻ với tất cả các hình thức.

ĐÃ XÁC ĐỊNH CHUYỂN TIẾP:

 Chuyển tiếp Trước 3 Tuổi

Tiến hành BIÊN BẢN LẬP KẾ HOẠCH CHUYỂN TIẾP/CÁC BƯỚC TRONG TƯƠNG LAI

 Chuyển tiếp Lúc 3 Tuổi

NGÀY HỌP LẬP KẾ HOẠCH CHUYỂN TIẾP (ít nhất trẻ phải 33 tháng tuổi):

Nếu Cuộc họp Lập kế hoạch Chuyển tiếp **được tổ chức sau khi trẻ được 33 tháng tuổi**, thì chọn câu trả lời dưới đây để giải thích. (**Chỉ chọn một câu.**)

- Nỗ lực tiếp xúc với gia đình không thành công
 Trẻ được giới thiệu lúc 31,5 tháng tuổi trở lên
 Gia đình yêu cầu sửa lại lịch hoặc hoãn cuộc họp
 Khác:

Nếu cuộc Họp Lập kế hoạch Chuyển tiếp **không được tổ chức trước sinh nhật lần thứ ba của trẻ**, thì chọn câu trả lời dưới đây để giải thích. (**Chỉ chọn một câu.**)

- Nỗ lực tiếp xúc với gia đình không thành công
 Trẻ được giới thiệu lúc 34,5 tháng tuổi trở lên
 Gia đình từ chối tham gia cuộc họp
 Khác:

XEM XÉT ĐỦ ĐIỀU KIỆN CHO GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT TIỀN HỌC ĐƯỜNG VÀ DỊCH VỤ LIÊN QUAN (PHẦN B)

- Phụ huynh mong muốn xem xét sự hội đủ điều kiện cho Phần B
 Phụ huynh **không** muốn xem xét sự hội đủ điều kiện cho Phần B

KẾT QUẢ CUỘC HỌP XÁC ĐỊNH ĐỦ ĐIỀU KIỆN IEP BAN ĐẦU (DÀNH CHO NHÂN VIÊN GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT ĐIỂN)

NHÂN VIÊN GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT: Điền mục này và gửi vào phần Nhập Dữ liệu Phần C ngay sau cuộc họp xác định đủ điều kiện IEP ban đầu. *Đánh dấu câu thể hiện kết quả cuộc họp xác định đủ điều kiện IEP ban đầu.*

- Trẻ được xác định là **ĐỦ ĐIỀU KIỆN** cho dịch vụ liên tục qua IFSP hoặc giáo dục đặc biệt tiền học đường và những dịch vụ liên quan qua IEP.
 Trẻ được xác định là **ĐỦ ĐIỀU KIỆN** cho dịch vụ liên tục qua IFSP hoặc giáo dục đặc biệt tiền học đường và những dịch vụ liên quan qua IEP.

Tiến hành BIÊN BẢN LẬP KẾ HOẠCH CHUYỂN TIẾP/CÁC BƯỚC TRONG TƯƠNG LAI

 Chuyển tiếp Sau 3 Tuổi

NGÀY HỌP LẬP KẾ HOẠCH CHUYỂN TIẾP:

Nếu cuộc họp lập kế hoạch chuyển tiếp được tổ chức **muộn hơn 90 ngày trước khi trẻ không còn đủ điều kiện**, thì chọn câu trả lời dưới đây để giải thích. (**Chỉ chọn một câu.**)

- Nỗ lực tiếp xúc với gia đình không thành công
 Gia đình yêu cầu sửa lại lịch hoặc hoãn cuộc họp
 Khác:

Nếu cuộc họp lập kế hoạch chuyển tiếp **không được tổ chức trước khi trẻ không còn đủ điều kiện**, thì chọn câu trả lời dưới đây để giải thích. (**Chỉ chọn một câu.**)

- Nỗ lực tiếp xúc với gia đình không thành công
 Gia đình đã chọn dịch vụ IEP trước thời hạn 90 ngày
 Gia đình từ chối tham gia cuộc họp
 Khác:

XEM XÉT CHO GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT VÀ DỊCH VỤ LIÊN QUAN (PHẦN B)

Trước khi bắt đầu năm học sau sinh nhật thứ 4 của trẻ:

- Phụ huynh muốn xem xét giáo dục đặc biệt tiền học đường và dịch vụ liên quan qua IEP
 Phụ huynh **không** muốn xem xét giáo dục đặc biệt tiền học đường và dịch vụ liên quan qua IEP

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:
--------------	--------	----------------

Khi bắt đầu năm học sau sinh nhật thứ 4 của trẻ:

- Phụ huynh muốn xem xét giáo dục đặc biệt tiền học đường và dịch vụ liên quan qua IEP
- Phụ huynh **không** muốn xem xét giáo dục đặc biệt tiền học đường và dịch vụ liên quan qua IEP

Tiến hành BIÊN BẢN LẬP KẾ HOẠCH CHUYÊN TIẾP/CÁC BƯỚC TRONG TƯƠNG LAI

Tên của Trẻ:

Số ID:

Ngày Họp IFSP:

PHẦN V - LẬP KẾ HOẠCH CHUYỂN TIẾP CỦA CON TÔI
Mục B - Lập kế hoạch Chuyển tiếp

Biên bản Lập kế hoạch Chuyển tiếp/Các Bước trong Tương lai

DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG

Gia đình có được giới thiệu đến dịch vụ cộng đồng không?

 Có

 Không

Nếu CÓ, đánh dấu dịch vụ áp dụng.

Phát triển/Y tế/Sức khỏe	Chăm sóc/Nuôi dưỡng Trẻ em	Hỗ trợ Gia đình
<input type="checkbox"/> Liệu pháp Phát triển (khác Phần C và B) <input type="checkbox"/> Thiết bị/Dụng cụ <input type="checkbox"/> Chăm sóc Sức khỏe tại Nhà <input type="checkbox"/> Tiêm ngừa <input type="checkbox"/> Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần <input type="checkbox"/> Chăm sóc Sức khỏe Ban đầu <input type="checkbox"/> Chương trình Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em (WIC)	<input type="checkbox"/> Trại <input type="checkbox"/> Cơ sở của Even Start <input type="checkbox"/> Chăm sóc Ban ngày tại Nhà <input type="checkbox"/> Chăm sóc Trẻ theo Nhóm <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Hướng dẫn tại Nhà cho Phụ huynh của Trẻ em Tiền học đường (HIPPY) <input type="checkbox"/> Trung tâm Judy <input type="checkbox"/> Nhóm Chơi <input type="checkbox"/> Chương trình Tiền học đường: <input type="checkbox"/> Công cộng <input type="checkbox"/> Tư nhân <input type="checkbox"/> Chương trình Giải trí	<input type="checkbox"/> Trung tâm Hỗ trợ Gia đình <input type="checkbox"/> Mạng lưới Hỗ trợ Gia đình/Đối tác Tiền học đường <input type="checkbox"/> Chương trình Thăm khám tại Nhà (Vui lòng ghi rõ): _____ <input type="checkbox"/> Giáo dục Phụ huynh <input type="checkbox"/> Nhóm Hỗ trợ <input type="checkbox"/> Khác: _____
		Dịch vụ Cộng đồng Khác

BIÊN BẢN LẬP KẾ HOẠCH CHUYỂN TIẾP/CÁC BƯỚC TRONG TƯƠNG LAI

Hoạt động	Thời hạn	(Những) Người chịu Trách nhiệm

Tên của Trẻ:

Số ID:

Ngày Họp IFSP:



--	--	--

Tên của Trẻ:

Số ID:

Ngày Họp IFSP:

PHẦN VI - CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH (LÚC 3 TUỔI HOẶC TRƯỚC 3 TUỔI)
Lựa chọn của Gia đình: Đồng ý Tiếp tục hoặc Yêu cầu Chấm dứt Dịch vụ IFSP

Gia đình Có Quyền Lựa chọn

- Tôi/Chúng tôi đã nhận một bản sao của Thông báo Hàng năm, “*Hướng dẫn Các bước Tiếp theo cho Gia đình Khi Con Quý vị trong Chương trình Can thiệp Sớm Đã được 3 Tuổi – Gia đình có quyền lựa chọn.*”
- Tôi/Chúng tôi đã được thông báo về sự khác biệt giữa các dịch vụ can thiệp sớm qua Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP) theo Đạo luật Giáo dục cho Người Khuyết tật (IDEA) và dịch vụ giáo dục đặc biệt tiền học đường qua Chương trình Giáo dục Cá nhân hóa (IEP) theo IDEA.
- Tôi/Chúng tôi hiểu là con mình đang có IFSP và con của tôi/chúng tôi đủ điều kiện cho giáo dục đặc biệt tiền học đường cho trẻ khuyết tật theo IDEA.
- Tôi/Chúng tôi đã được thông báo về quyền lựa chọn trong số Tùy chọn IFSP để tiếp tục nhận dịch vụ can thiệp sớm qua IFSP hoặc bắt đầu dịch vụ giáo dục đặc biệt tiền học đường qua IEP.
- Tôi/Chúng tôi hiểu rằng nếu chọn cho con mình nhận dịch vụ qua IEP và chấm dứt dịch vụ IFSP, thì con tôi/chúng tôi và gia đình sẽ không còn đủ điều kiện qua IFSP nữa.
- Tôi/Chúng tôi hiểu rằng nếu chọn cho con mình nhận dịch vụ qua IFSP, thì bất cứ lúc nào tôi/chúng tôi cũng có thể ngừng tham gia dịch vụ can thiệp sớm qua IFSP và chọn bắt đầu dịch vụ giáo dục đặc biệt tiền học đường qua IEP.
- Tôi/Chúng tôi hiểu rằng cơ quan lãnh đạo tại địa phương bắt buộc phải tiếp tục cung cấp dịch vụ IFSP theo Tùy chọn IFSP Mở rộng cho đến ngày dịch vụ qua IEP bắt đầu. Tuy nhiên, nếu tôi/chúng tôi chọn tùy chọn IEP nhưng từ chối giáo dục đặc biệt và dịch vụ liên quan được phát triển bởi nhóm IEP, thì tôi/chúng tôi hiểu rằng dịch vụ IFSP sẽ chấm dứt.
- Tôi/Chúng tôi hiểu rằng thỏa thuận cho việc tiếp tục dịch vụ IFSP của mình là tự nguyện và tôi/chúng tôi có thể thu hồi thỏa thuận này bất cứ lúc nào.

LỰA CHỌN CỦA GIA ĐÌNH

Đánh dấu **MỘT** ô.

- Tôi/Chúng tôi đồng ý **tiếp tục** dịch vụ can thiệp sớm cho con tôi/chúng tôi và gia đình qua IFSP sau sinh nhật thứ ba của con tôi/chúng tôi.
- Tôi/Chúng tôi yêu cầu **chấm dứt** dịch vụ can thiệp sớm cho con tôi/chúng tôi qua IFSP lúc 3 tuổi.

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện

Ngày

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện

Ngày

PHẦN VII - CÁC QUYỀN HẠN
Mục A - Chấp thuận theo Đạo luật IDEA

(Các) Quyền hạn

CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ/NGƯỜI ĐẠI DIỆN

- Tôi/Chúng tôi đã có cơ hội tham gia vào việc phát triển Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP) này và đã được thông báo hợp lý về cuộc họp IFSP.
- Tôi/Chúng tôi đã được thông báo về quyền phụ huynh của mình theo chương trình này qua việc nhận bản *Quyền của Phụ huynh: Thông báo Biện pháp Bảo vệ theo Thủ tục Maryland* và một quyền sổ tay cho gia đình về hệ thống can thiệp sớm của Maryland.
- Các dịch vụ can thiệp sớm sẽ được cung cấp như được mô tả trong IFSP. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng IFSP sẽ được kiểm tra ít nhất sáu (6) tháng một lần.
- Tôi/Chúng tôi hiểu rằng chấp thuận của mình là tự nguyện và tôi/chúng tôi có thể thu hồi chấp thuận này bất cứ lúc nào.
- Tôi/Chúng tôi hiểu rằng các hồ sơ sẽ không được tiết lộ nếu không có văn bản chấp thuận với chữ ký của tôi/chúng tôi trừ khi theo yêu cầu của Đạo luật về Quyền Giáo dục và Riêng tư của Gia đình (FERPA). Luật này cho phép tiết lộ hồ sơ can thiệp sớm cho các cơ quan tham gia vào hệ thống can thiệp sớm.
- Tôi/Chúng tôi hiểu rằng cơ quan công sẽ nộp thông tin qua cơ sở dữ liệu toàn tiểu bang. Cơ sở dữ liệu này sẽ được sử dụng bởi Bộ Giáo dục Tiểu bang Maryland (MSDE) và những cơ quan Tiểu bang khác, nếu thích hợp, để giúp tài trợ các chương trình.
- Tôi/Chúng tôi đã được thông báo về việc xác định nhóm IFSP bằng tiếng mẹ đẻ của tôi/chúng tôi hoặc bằng phương thức giao tiếp khác.
- Kế hoạch này phản ánh kết quả quan trọng cho con tôi/chúng tôi và gia đình.
- Tôi/Chúng tôi hiểu rõ kế hoạch này và các quyền của phụ huynh đồng thời cho phép thực hiện IFSP này.

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện

Ngày

Tên của Trẻ:

Số ID:

Ngày Họp IFSP:

PHẦN VII - CÁC QUYỀN HẠN

Mục B - Chấp thuận Hỗ trợ Y tế (MA)

(Các) Quyền hạn

CHẤP THUẬN CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ/NGƯỜI ĐẠI DIỆN

Phải có được sự chấp thuận của phụ huynh trước khi cơ quan cung cấp dịch vụ công bố, vì mục đích phát hành hóa đơn, các thông tin nhận diện cá nhân của con em họ cho Bộ Y tế Maryland (MDH), cơ quan Tiểu bang phải chịu trách nhiệm về việc quản lý Chương trình Hỗ trợ Y tế (MA), theo Đạo luật về Quyền Giáo dục và Riêng tư của Gia đình (FERPA) và theo Đạo luật Giáo dục cho Người Khuyết tật (IDEA). Bằng việc cung cấp chấp thuận này, quý vị hiểu và đồng ý bằng văn bản rằng cơ quan công bố có thể tiếp cận chương trình Medicaid của con quý vị để thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho con quý vị.

Để cung cấp các dịch vụ can thiệp sớm cho con quý vị, cơ quan cung cấp dịch vụ không được phép:

- Yêu cầu quý vị đăng ký tham gia *hoặc* tham gia Chương trình MA của Tiểu bang để con quý vị nhận được các dịch vụ theo IDEA;
- Yêu cầu quý vị chịu một khoản chi phí tự thanh toán chẳng hạn như thanh toán một khoản tiền khấu trừ hoặc đồng chi trả phải chịu khi nộp đơn khiếu nại về dịch vụ;
- Sử dụng các phúc lợi của con quý vị theo Chương trình Hỗ trợ Y tế nếu việc sử dụng đó sẽ:
 - Làm giảm phạm vi bảo hiểm nhân thọ sẵn có hoặc bất kỳ phúc lợi được bảo hiểm nào khác,
 - Dẫn đến việc gia đình quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ lẽ ra phải được Chương trình Hỗ trợ Y tế bao trả và các dịch vụ cần thiết đối với con của quý vị ngoài thời gian con của quý vị ở trường,
 - Làm tăng phí bảo hiểm hay dẫn đến sự gián đoạn phúc lợi hoặc bảo hiểm hoặc
 - Rủi ro thiệt hại về tính hội đủ điều kiện đối với những người từ bỏ vì lý do gia đình hoặc cộng đồng, dựa trên tổng chi phí bảo hiểm liên quan đến sức khỏe.

Quý vị có quyền rút lại sự chấp thuận của mình về việc công bố các thông tin nhận diện cá nhân cho Chương trình Hỗ trợ Y tế Tiểu bang tại bất cứ lúc nào. Nếu quý vị rút lại chấp thuận cho phép cơ quan cung cấp dịch vụ tiết lộ thông tin có thể nhận diện cá nhân của con quý vị, thì điều đó không làm giảm trách nhiệm của cơ quan cung cấp dịch vụ trong việc đảm bảo cung cấp miễn phí tất cả các dịch vụ cần thiết cho con quý vị.

Trẻ có đủ điều kiện tham gia vào MA hay không? Có Không

Số MA:

- Tôi đồng ý với việc Quản lý Hồ sơ Dịch vụ Can thiệp Sớm và rằng (các) Điều phối viên Dịch vụ được nêu trong IFSP này có thể được chỉ định làm Điều phối viên Dịch vụ MA (COMAR 10.09.40). Tôi hiểu rằng mình được tự do lựa chọn Điều phối viên Dịch vụ MA cho con mình. Tại thời điểm này, tôi chấp nhận (các) Điều phối viên Dịch vụ sau:

Tên Điều phối viên Dịch vụ MA:

Tên Điều phối viên Dịch vụ MA:

- Tôi hiểu rằng nếu muốn đổi Điều phối viên Dịch vụ MA trong tương lai, thì tôi có thể gọi cho chương trình can thiệp sớm để yêu cầu thay đổi.
- Tôi hiểu rằng mục đích của dịch vụ này là hỗ trợ tiếp cận những dịch vụ y tế, xã hội, giáo dục cần thiết và dịch vụ khác.
- Tôi chấp thuận để cơ quan cung cấp dịch vụ công bố các thông tin nhận diện cá nhân của con tôi cho Chương trình Hỗ trợ Y tế của Tiểu bang để đánh giá các Phúc lợi Hỗ trợ Y tế.
- Tôi cho phép cơ quan cung cấp dịch vụ thu lại chi phí từ Medicaid cho việc điều phối dịch vụ, cũng như những dịch vụ liên quan đến sức khỏe, liên quan đến việc triển khai các mục tiêu của IFSP cho con tôi.
- Tôi hiểu rằng nếu không cho phép cơ quan cung cấp dịch vụ sử dụng quỹ MA, thì điều đó không làm giảm trách nhiệm của cơ quan cung cấp dịch vụ trong việc đảm bảo cung cấp miễn phí tất cả các dịch vụ cần thiết cho con tôi.
- Tôi hiểu rằng dịch vụ này không hạn chế hoặc ảnh hưởng đến sự hội đủ điều kiện được hưởng các phúc lợi MA khác của con tôi. Tôi cũng hiểu rằng con tôi có thể không được nhận loại dịch vụ quản lý hồ sơ tương tự theo MA, nếu trẻ đủ tiêu chuẩn được hưởng nhiều loại dịch vụ.

Tên của Trẻ:

Số ID:

Ngày Họp IFSP:

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện

Ngày

Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP)

Thông báo Trước bằng Văn bản

MỤC ĐÍCH CỦA CUỘC HỌP	(CÁC) HÀNH ĐỘNG ĐƯỢC ĐỀ NGHỊ VÀ/HOẶC TỪ CHỐI	LÝ DO CỦA TÌNH TRẠNG NGỪNG HOẠT ĐỘNG (Chọn một mục .)
(Đánh dấu chọn tất cả các mục áp dụng).	(Chọn một mục để tiếp tục, sửa đổi hoặc kết thúc IFSP).	NGÀY NGỪNG HOẠT ĐỘNG:
<input type="checkbox"/> Tạm thời <input type="checkbox"/> IFSP Ban đầu <input type="checkbox"/> Kiểm tra Sáu Tháng <input type="checkbox"/> Kiểm tra Khác <input type="checkbox"/> Kiểm tra Hàng năm	<input type="checkbox"/> Bắt đầu IFSP <input type="checkbox"/> Tiếp tục IFSP <input type="checkbox"/> Sửa đổi IFSP (Đánh dấu tất cả các mục áp dụng). <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bổ sung Dịch vụ <input type="checkbox"/> Bổ sung Dịch vụ <input type="checkbox"/> Sửa đổi Dịch vụ <input type="checkbox"/> Kết thúc Dịch vụ <input type="checkbox"/> Bổ sung/Sửa đổi Kết quả <input type="checkbox"/> Lập kế hoạch Chuyển tiếp-Lúc 3 tuổi <input type="checkbox"/> Lập kế hoạch Chuyển tiếp-Sau 3 tuổi <input type="checkbox"/> Kết thúc IFSP (Nếu chọn, hãy điền phần “LÝ DO CỦA TÌNH TRẠNG NGỪNG HOẠT ĐỘNG”.)	<input type="checkbox"/> Đã xác định là không đủ điều kiện- <i>chỉ áp dụng với sàng lọc</i> (Từ sơ sinh đến 3 tuổi) <input type="checkbox"/> Đã xác định là không đủ điều kiện- <i>trẻ không đủ tiêu chuẩn</i> (Từ sơ sinh đến 3 tuổi) <input type="checkbox"/> Không thể liên lạc được (Từ sơ sinh đến 4 tuổi) <input type="checkbox"/> Phụ huynh rút tên (Từ sơ sinh đến 4 tuổi) <input type="checkbox"/> Hoàn tất IFSP trước khi đến 3 tuổi (Từ sơ sinh đến 3 tuổi) <input type="checkbox"/> Chuyển tiếp <u>lúc</u> 3 tuổi- <i>không tiếp tục IFSP</i> (Từ sơ sinh đến 3 tuổi) <input type="checkbox"/> Chuyển tiếp <u>sau</u> 3 tuổi (3 tuổi đến 4 tuổi) <input type="checkbox"/> Hoàn tất IFSP sau đến 3 tuổi (3 tuổi đến 4 tuổi) <input type="checkbox"/> Chuyển tiếp vào đầu năm học sau 4 tuổi <input type="checkbox"/> Chuyển đến khu vực hành chính khác (Từ sơ sinh đến 4 tuổi) TÊN QUYỀN TÀI PHẢN: <input type="checkbox"/> Chuyển ra khỏi Tiểu bang (Từ sơ sinh đến 4 tuổi) <input type="checkbox"/> Đã mất (Từ sơ sinh đến 4 tuổi)

MÔ TẢ (CÁC) HÀNH ĐỘNG ĐƯỢC ĐỀ NGHỊ VÀ/HOẶC TỪ CHỐI VÀ GIẢI THÍCH TỪNG HÀNH ĐỘNG:

CÁC QUYỀN CỦA PHỤ HUYNH - THÔNG BÁO BIỆN PHÁP BẢO VỆ THEO THỦ TỤC MARYLAND

Phụ huynh của trẻ bị chậm phát triển/khuyết tật được hưởng các biện pháp bảo vệ theo thủ tục nhất định như được nêu trong “**Các Quyền của Phụ huynh-Thông báo Biện pháp Bảo Vệ theo Thủ tục Maryland**”, bao gồm quyền yêu cầu Hòa giải hoặc nộp Đơn xin Điều giải nếu phụ huynh không đồng ý với (các) hành động được đề xuất và/hoặc từ chối và quyền nộp Khiếu nại cấp Tiểu bang.

- Bản sao “**Các Quyền của Phụ huynh-Thông báo Biện pháp Bảo Vệ theo Thủ tục Maryland**” đã được cấp cho phụ huynh
 Phụ huynh từ chối nhận thêm bản sao khác

DỊCH VỤ HỖ TRỢ GIA ĐÌNH

ĐỊA PHƯƠNG Thông tin Mạng lưới Hỗ trợ Gia đình/Đối tác Tiền học đường:

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:
--------------	--------	----------------

ĐIỆN THOẠI MIỄN PHÍ TOÀN TIỂU BANG Đường dây Thông tin Dịch vụ Hỗ trợ Gia đình: **1-800-535-0182**
Dịch vụ của Bộ Giáo dục Tiểu bang Maryland, Ban Giáo dục Đặc biệt/Dịch vụ Can thiệp Sớm