



PROGRAM MARYLAND DLA DZIECI DO 3 ROKU ŻYCIA

# ZINDYWIDUALIZOWANY PLAN OPIEKI RODZINNEJ (IFSP)

Data skierowania:		Data spotkania IFSP:		Rodzaj spotkania:	<input type="checkbox"/> Doraźne	<input type="checkbox"/> Pierwsze	<input type="checkbox"/> 6-miesięczna kontrola	<input type="checkbox"/> Inna kontrola	<input type="checkbox"/> Roczne
-------------------	--	----------------------	--	-------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--	--	---------------------------------

## INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA I RODZINY

Imiona i nazwisko dziecka (Pierwsze imię, drugie imię, nazwisko):			
Data urodzenia:		Numer ID:	
		Numer ubezpieczenia zdrowotnego (MA):	
Adres:		Telefon domowy:	
Zgoda rodzica/opiekuna/rodzica zastępczego			
Adres:		Numer telefonu:	
Adres:		Telefon służbowy:	
E-mail:		Telefon komórkowy:	
Preferowane godziny kontaktu:		Preferowany sposób kontaktu:	<input type="checkbox"/> Tel. domowy <input type="checkbox"/> Tel. służbowy <input type="checkbox"/> Tel. komórkowy <input type="checkbox"/> E-mail

## Członkowie zespołu IFSP

Na formowanie planu IFSP wpływ mieli następujący członkowie zespołu:

*Rodzic(e)/Opiekun/Rodzic zastępczy*

*Rodzic(e)/Opiekun/Rodzic zastępczy*

*Koordynator*

*Oceniający/Nadzorujący/Terapeuta*

*Tymczasowy/zastępczy koordynator (jeśli dotyczy)*

*Oceniający/Nadzorujący/Terapeuta*

*Przedstawiciel instytucji wiodącej (jeśli dotyczy)*

*Inny uczestnik, funkcja, instytucja*

## Informacje dotyczące koordynatora usług:

W przypadku pytań dotyczących niniejszego planu IFSP lub którejkolwiek z osób pracujących z dzieckiem i rodziną należy skontaktować się w koordynatorem usług.

Koordynator usług:

Instytucja:

Adres:

Telefon służbowy:

E-mail:

## Plan spotkań IFSP:

Sześciomiesięczna kontrola planu IFSP	Roczna kontrola IFSP	Spotkanie dotyczące planowania etapu zmiany

<b>Tłumaczenie języka ojczystego:</b>	Poinformowano rodzica?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dot.	Czy wyraził zainteresowanie?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
---------------------------------------	------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

## CZĘŚĆ I - INFORMACJE O ROZWOJU MOJEGO DZIECKA

### Sekcja A – Informacje o zdrowiu dziecka

### Zdrowie ogólne

Jaki był wiek ciążowy dziecka w momencie urodzenia?

\_\_\_\_\_ tygodni \_\_\_\_\_ dni

Ile ważyło dziecko?

\_\_\_\_\_ funtów \_\_\_\_\_ uncji ALBO \_\_\_\_\_ g

Kto jest lekarzem rodzinnym lub innego rodzaju główną pomocą medyczną?

Telefon:

Dr W. Zdrowiej

### SZCZEPIENIA

Czy dziecko jest zaszczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?

Tak

Nie

Nie jestem pewna/y

Nie dot.

*Należy upewnić się, że w momencie gdy dziecko jest gotowe przystąpić do programu wczesnodziecięcego wspólnoty lub szkoły, rodzina rozumie wymagania szkoły dotyczące szczepień.*

### BADANIE ZAWARTOŚCI OŁOWIU WE KRWI

Czy dziecko zostało przebadane pod kątem poziomu ołowiu we krwi?

Tak  Nie Jeśli **TAK**, ile on wynosił? \_\_\_\_\_

Czy istnieją jakiegokolwiek problemy związane z poziomem ołowiu we krwi dziecka?

Tak  Nie Jeśli **TAK**, proszę wyjaśnić jakie. \_\_\_\_\_

### ŻYWIENIE

Czy występują jakiegokolwiek problemy związane z odżywianiem lub rozwojem fizycznym dziecka?

Tak

Nie

Jeśli **TAK**, proszę wyjaśnić, jakie.

### OGÓLNE PROBLEMY ZDROWOTNE

**Proszę pomyśleć o aktualnym stanie zdrowia dziecka.** Czy istnieją okoliczności dotyczące zdrowia Państwa dziecka (konkretne diagnozy, wymagania dotyczące specjalistycznego sprzętu, alergie oraz problemy dotyczące stanu psychicznego lub fizycznego), o których zespół powinien wiedzieć, aby lepiej zaplanować i zapewnić odpowiednie usługi Państwa dziecku i rodzinie?

## CZĘŚĆ I - INFORMACJE O ROZWOJU MOJEGO DZIECKA

### Sekcja B – Ocena kwalifikowalności

<b>Rodzaj oceny:</b>	<input type="checkbox"/> Pierwsza kwalifikacja <input type="checkbox"/> Kontynuacja kwalifikacji
----------------------	--

### Ocena rozwoju

	Data oceny (MM/DD/YY)	Nazwa narzędzia oceny	Wiek chronologiczny	Wiek skorygowany (jeśli dotyczy)	Poziom/ zakres wiekowy	Szczegółowy opis	
ZDOLNOŚCI POZNAWCZE							
ZDOLNOŚCI KOMUNIKACYJNE							
ROZWÓJ SPOŁECZNY/ EMOCJONALNY							
ZDOLNOŚCI ADAPTACYJNE							
<b>SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA</b>	Motoryka mała						
	Motoryka duża						
	Słuch	Czy dziecko przeszło powszechne badanie przesiewowe słuchu noworodków?					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dot.
		Czy dziecko zostało przebadane przez protetyka w celu pełnej oceny słuchu?					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		Czy istnieją jakiegokolwiek problemy związane ze słuchem dziecka?					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		Wynik oceny/obserwacje: _____					
	Wzrok	Czy wzrok dziecka był badany?					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		Czy istnieją jakiegokolwiek problemy związane ze wzrokiem dziecka?					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		Wynik oceny/obserwacje: _____					

### Kwalifikowalność

*Na podstawie Oceny rozwoju dziecko kwalifikuje się do wczesnych usług interwencyjnych.*

*Kwalifikowalność jest oceniana na podstawie JEDNEJ kategorii zaznaczonej poniżej.*

**CO NAJMNIJ 25% OPÓŹNIENIE ROZWOJOWE**

Dziecko kwalifikuje się do wczesnych usług interwencyjnych w związku z co najmniej 25% opóźnieniem w rozwoju w zakresie jednego lub większej ilości obszarów rozwoju.

**NIETYPOWY ROZWÓJ LUB ZACHOWANIE**

Dziecko kwalifikuje się do usług wczesnej interwencji w związku z tym, że wykazuje nietypowy rozwój lub zachowanie w zakresie jednego lub większej ilości obszarów, z którego może wynikać opóźnienie w rozwoju.

**ZDIAGNOZOWANE SCHORZENIA MOGĄCE Z DUŻYM PRAWDOPODOBIENSTWEM WPŁYNAĆ NA OPÓŹNIENIE ROZWOJU**

Imię i nazwisko dziecka:	Numer ID:	Data spotkania IFSP:
--------------------------	-----------	----------------------

Twoje dziecko kwalifikuje się do usług wczesnej interwencji, jako że zdiagnozowane zostały u niego schorzenia psychiczne lub fizyczne, z których z dużym prawdopodobieństwem może wyniknąć opóźnienie w rozwoju:

## CZĘŚĆ II - HISTORIA MOJEJ RODZINY I DZIECKA

### Sekcja A – Ocena: Naturalne czynności i środowisko

*Celem wczesnych usług interwencyjnych jest wsparcie skutecznego udziału dziecka w ważnych dla Państwa i dla Państwa rodziny codziennych czynnościach domowych oraz społecznych. Aby to osiągnąć, konieczne jest poznanie sprawności funkcjonalnej dziecka w kontekście takich czynności i środowisk. Wybór dotyczący ilości podanych informacji należy do Państwa.*

Ocena dziecka i rodziny (zaznaczyć sposób oceny):

Wywiad dotyczący czynności rutynowych – należy przejść do Sekcji B w Części II

Skala do oceny poziomu przyjemności rodziny podczas wykonywania czynności rutynowych (SAFER) – należy przejść do Sekcji B w Części II

Sekcja Codzienne i rutynowe czynności planu IFSP

Rodzina odmówiła oceny dotyczącej rodziny

#### CZYNNOŚCI CODZIENNE LUB RUTYNOWE

**DAT**  
**A:**

Czynność	W jaki sposób przebiega to obecnie, z czym udziałem i gdzie?	Jak idzie?
<input type="checkbox"/> Budzenie się	<i>Jak przebiegają interakcje i relacje dziecka z innymi podczas tej czynności?</i>	<input type="checkbox"/> Dobrze
<input type="checkbox"/> Ubieranie się		
<input type="checkbox"/> Przewijanie/ Korzystanie z nocnika	<i>W jaki sposób dziecko uczone jest odpowiedniego uczestniczenia w tej czynności?</i>	<input type="checkbox"/> Średnio
<input type="checkbox"/> Posiłki/Przekąski	<i>Jakiego rodzaju zachowania służące spełnieniu swoich życzeń i potrzeb przejawia dziecko? Jak bardzo niezależne jest dziecko?</i>	<input type="checkbox"/> Zachodzi wiele problemów
<input type="checkbox"/> Zabawa		
<input type="checkbox"/> Zmiany	<i>Jak według Państwa dziecko wypada w tej czynności w porównaniu z rówieśnikami?</i>	
<input type="checkbox"/> Wyjścia		Jaką zmianę chciałoby Państwo ujrzyć?
<input type="checkbox"/> Czas spędzany w żłobku		
<input type="checkbox"/> Czas spędzany z rodziną, przyjaciółmi i innymi dziećmi		
<input type="checkbox"/> Kąpiel		
<input type="checkbox"/> Czytanie		
<input type="checkbox"/> Drzemki/Usypianie		
<input type="checkbox"/> Inne:		

Czynność	W jaki sposób przebiega to obecnie, z czym udziałem i gdzie?	Jak idzie?
<input type="checkbox"/> Budzenie się	<i>Jak przebiegają interakcje i relacje dziecka z innymi podczas tej czynności?</i>	<input type="checkbox"/> Dobrze
<input type="checkbox"/> Ubieranie się		
<input type="checkbox"/> Przewijanie/ Korzystanie z nocnika	<i>W jaki sposób dziecko uczone jest odpowiedniego uczestniczenia w tej czynności?</i>	<input type="checkbox"/> Średnio
<input type="checkbox"/> Posiłki/Przekąski	<i>Jakiego rodzaju zachowania służące spełnieniu swoich życzeń i potrzeb przejawia dziecko? Jak bardzo niezależne jest dziecko?</i>	<input type="checkbox"/> Zachodzi wiele problemów
<input type="checkbox"/> Zabawa		
<input type="checkbox"/> Zmiany	<i>Jak według Państwa dziecko wypada w tej czynności w porównaniu z rówieśnikami?</i>	
<input type="checkbox"/> Wyjścia		Jaką zmianę chciałoby Państwo ujrzyć?
<input type="checkbox"/> Czas spędzany w żłobku		

Imię i nazwisko dziecka:	Numer ID:	Data spotkania IFSP:
--------------------------	-----------	----------------------

<input type="checkbox"/> Czas spędzany z rodziną, przyjaciółmi i innymi dziećmi	
<input type="checkbox"/> Kąpiel	
<input type="checkbox"/> Czytanie	
<input type="checkbox"/> Drzemki/Usypianie	
<input type="checkbox"/> Inne:	

## CZĘŚĆ II - HISTORIA MOJEJ RODZINY I DZIECKA

### Sekcja B – Ocena: Zasoby, priorytety i obawy naszej rodziny

*Jednym z celów wczesnej interwencji jest umożliwienie rodzinom sprawowania opieki nad dzieckiem i posiadania środków niezbędnych do uczestniczenia w wybranych czynnościach rodzinnych i społecznych. W związku z tym konieczne jest poznanie zdolności i problemów dziecka, których świadomość pomoże zapewnić mu odpowiedni rozwój i naukę.*

<b>Zasoby rodziny</b>	Zasoby stanowiące wsparcie dla rodziny: ludzie, czynności, programy/organizacje.
Kto mieszka z Państwem w domu? Kto wspiera rodzinę? Mogą to być dziadkowie, ciotki, wujkowie, przyjaciele, grupy/organizacje (żłobek, program WIC, grupy rodzicielskie, opiekunowie środowiskowi), lekarze, pielęgniarki itp.	

<b>Priorytety rodziny</b>	Moje nadzieje i marzenia dotyczące dziecka. Najważniejsze rzeczy dla mojego dziecka i rodziny na obecną chwilę.
Jakie są mocne strony dziecka, jego umiejętności i zainteresowania? Jeśli chodzi o codzienne i rutynowych czynności, jakie są Państwa priorytety dotyczące dziecka i rodziny?	

<b>Obawy rodziny</b>	Obawy związane ze zdrowiem i rozwojem mojego dziecka. Informacje, zasoby lub wsparcie, którego potrzebuję lub chcę dla mojego dziecka lub rodziny.
O co się Państwo martwią? Które rzeczy chcieliby Państwo zmienić, jeżeli byłaby taka możliwość?	

**Związek ze społecznością:** Proszę zaznaczyć zasoby/usługi, na których temat Państwa rodzina chciałaby uzyskać więcej informacji:

- Miejsca, gdzie dzieci mogą się bawić razem z innymi dziećmi
- Żłobki
- Ośrodek Judy Center
- Ubranie, żywność itp.
- Sieć wsparcia rodzinnego/partnerskie instytucje przedszkolne
- Pomoc mieszkaniowa
- Opieka zdrowotna, opieka psychologiczna lub ubezpieczenie zdrowotne
- Diagnoza lub niepełnosprawność mojego dziecka
- Kontakty z innymi rodzicami
- Wsparcie, szkolenia, orędownictwo na rzecz rodziców
- Inne:



## CZĘŚĆ II - HISTORIA MOJEJ RODZINY I DZIECKA

## Sekcja C – Podsumowanie oceny: Aktualny poziom rozwoju funkcjonalnego

Podczas sprawdzania kwalifikowalności dziecka pod uwagę wzięto pięć obszarów rozwoju. W trakcie oceny dziecka i rodziny zebrane zostały informacje o sprawności funkcjonalnej przejawianej podczas codziennych oraz rutynowych czynności. Sprawność funkcjonalna dziecka pokrywa się z obszarami rozwoju, dlatego łączymy je, podsumowując sprawność funkcjonalną dziecka, jego mocne strony oraz potrzeby w trzech kategoriach wyników funkcjonalnych. Celem podsumowania naszych spostrzeżeń jest ułożenie odpowiedniego planu dobrane do mocnych stron rozwoju i zainteresowań Państwa dziecka. Źródła naszych informacji to między innymi rozmowy z Państwem, obserwacje dziecka w codziennych rutynowych zajęciach, ocena kwalifikowalności, działania dotyczące oceny dziecka i rodziny oraz sprawozdania zewnętrzne.

Ponadto razem będziemy rozważać i identyfikować sprawność dziecka w tych trzech obszarach oraz spróbujemy porównać jego sprawność z rówieśnikami. Dzięki temu możemy wspierać rozwój dziecka i jego udział w codziennych czynnościach ORAZ zrozumieć, w jaki sposób dzieci korzystają z udziału w programie Maryland dla dzieci do 3. roku życia.

Oprócz Oceny kwalifikowalności (Część I, Sekcja B) oraz Oceny dziecka i rodziny (Część II, Sekcje A i B), proszę określić wszystkie dodatkowe oceny wykorzystane do utworzenia niniejszego podsumowania oraz ich datę:

Ocena: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Ocena: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Uwaga:** Mocne strony i potrzeby dziecka we wszystkich obszarach rozwoju, na które składają się funkcje poznawcze, zdolności komunikacyjne (mówienie i słuchanie), rozwój społeczny i emocjonalny, zdolności adaptacyjne, motoryka mała i duża, należy rozpatrywać w kontekście:

**rozwiju pozytywne umiejętności i związków społecznych, nabywania i korzystania z wiedzy i umiejętności oraz stosowania odpowiednich zachowań, aby osiągnąć swoje cele.**

## Rozwijanie pozytywnych umiejętności społecznych i relacji:

Ta kategoria dotyczy relacji dzieci z osobami, które je otaczają – rodzicami, opiekunami, siostrami i braćmi oraz innymi dziećmi. Zawarte jest tu wiele różnych umiejętności, takich jak komunikacja, odpowiedni sposób wyrażania emocji i kontrola swojego zachowania. Pozytywne relacje społeczne wymagają również, aby dzieci zachowywały się zgodnie z podstawowymi zasadami interakcji, takimi jak czekanie na swoją kolej i dzielenie się.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umiejętności dziecka są na poziomie dziecka znacznie młodszego. Dziecko przejawia bardzo wczesne umiejętności, jednak nie posiada jeszcze niezbędnych podstawowych umiejętności lub umiejętności typowych dla dziecka w tym wieku.	Umiejętności dziecka są na poziomie dziecka znacznie młodszego. Dziecko rozwija lub posiada podstawowe umiejętności, które pozwolą mu wykształcić odpowiednie dla jego wieku.	Umiejętności dziecka są na poziomie dziecka młodszego. Dziecko nie wykorzystuje jeszcze umiejętności typowych dla swojego wieku, posiada ono jednak wiele ważnych podstawowych umiejętności z tego obszaru, które może rozwijać.	Dziecko czasem wykorzystuje umiejętności oczekiwane od dziecka w jego wieku, lecz większość umiejętności tego obszaru nie jest wykształcona w takim stopniu, jak u rówieśników. Dziecko wciąż przejawia więcej umiejętności typowych dla dziecka w młodszym wieku.	Dziecko przejawia wiele umiejętności typowych dla swojego wieku, jednak wykazuje w tym obszarze także zachowania, które mogłyby zostać zaklasyfikowane jako zachowania młodszych dzieci.	Dziecko posiada umiejętności oczekiwane dla swojego wieku, jednak istnieją pewne problemy.	Dziecko posiada wszystkie umiejętności, których można by się spodziewać od dziecka w jego wieku.

Czy zaobserwowano u dziecka nowe umiejętności lub zachowania z zakresu tego obszaru od czasu poprzedniego podsumowania?

Tak  Nie  Nie dot.

## CZĘŚĆ II - HISTORIA MOJEJ RODZINY I DZIECKA

### Sekcja C – Podsumowanie oceny: Aktualny poziom rozwoju funkcjonalnego (ciąg dalszy)

**Nabywanie i wykorzystywanie wiedzy i umiejętności:** *Ten obszar dotyczy umiejętności związanych z myśleniem, uczeniem się, wnioskowaniem, pamięcią oraz rozwiązywaniem problemów oraz ogólnej wiedzy dziecka o świecie, takiej jak postrzeganie kolorów, kształtów, zrozumienie pojęć „mniej” i „więcej”, znajomość opowiadań i książek oraz tego, w jaki sposób dziecko wykorzystuje tego rodzaju wiedzę, biorąc udział w codziennych czynnościach. Obszar odnosi się do wczesnego uczenia się dzieci, do tego, w jaki sposób rozumieją świat i metod nabywania niezbędnych umiejętności zapewniających im sukcesy w szkole i poza nią.*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umiejętności dziecka są na poziomie dziecka znacznie młodszego. Dziecko przejawia bardzo wczesne umiejętności, jednak nie posiada jeszcze niezbędnych podstawowych umiejętności lub umiejętności typowych dla dziecka w tym wieku.	Umiejętności dziecka są na poziomie dziecka znacznie młodszego. Dziecko rozwija lub posiada podstawowe umiejętności, które pozwolą mu wykształcić umiejętności odpowiednie dla jego wieku.	Umiejętności dziecka są na poziomie dziecka młodszego. Dziecko nie wykorzystuje jeszcze umiejętności typowych dla swojego wieku, posiada ono jednak wiele ważnych podstawowych umiejętności z tego obszaru, które może rozwijać.	Dziecko czasem wykorzystuje umiejętności oczekiwane od dziecka w jego wieku, ale większość umiejętności tego obszaru nie jest wykształcona w takim stopniu, jak u rówieśników. Dziecko wciąż przejawia więcej umiejętności typowych dla dziecka w młodszym wieku.	Dziecko przejawia wiele umiejętności typowych dla swojego wieku, jednak wykazuje również w tym obszarze zachowania, które mogłyby zostać zaklasyfikowane jako zachowania młodszych dzieci.	Dziecko posiada umiejętności oczekiwane dla swojego wieku, jednak istnieją pewne problemy.	Dziecko posiada wszystkie umiejętności, których można by się spodziewać od dziecka w jego wieku.
Czy od czasu poprzedniego podsumowania zaobserwowano u dziecka nowe umiejętności lub zachowania związane z tym obszarem?				<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dot.

**Stosowanie odpowiednich zachowań, aby osiągnąć swoje cele:** *Ten obszar dotyczy samodzielności dzieci i ich sprawności w zakresie stosowania odpowiednich zachowań, aby osiągnąć to, czego potrzebują lub chcą. Dotyczy to codziennych czynności takich jak spożywanie posiłków, ubieranie się, zabawa, podejmowanie decyzji, przemieszczanie się oraz reakcji na wyzwania lub opóźnienia dotyczące spełniania ich prośb. Należy uwzględnić również świadomość dzieci w zakresie potencjalnie niebezpiecznych sytuacji i ich reakcję na takie okoliczności. Centralną kwestią w tym obszarze jest więc wykształcanie się niezależności.*

Imię i nazwisko dziecka:	Numer ID:	Data spotkania IFSP:
--------------------------	-----------	----------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umiejętności dziecka są na poziomie dziecka znacznie młodszego. Dziecko przejawia bardzo wczesne umiejętności, jednak nie posiada jeszcze niezbędnych podstawowych umiejętności lub umiejętności typowych dla dziecka w tym wieku.	Umiejętności dziecka są na poziomie dziecka znacznie młodszego. Dziecko rozwija lub posiada podstawowe umiejętności, które pozwolą mu wykształcić umiejętności odpowiednie dla jego wieku.	Umiejętności dziecka są na poziomie dziecka młodszego. Dziecko nie wykorzystuje jeszcze umiejętności typowych dla swojego wieku, posiada ono jednak wiele ważnych podstawowych umiejętności z tego obszaru, które może rozwijać.	Dziecko czasem wykorzystuje umiejętności oczekiwane od dziecka w jego wieku, ale większość umiejętności tego obszaru nie jest wykształcona w takim stopniu, jak u rówieśników. Dziecko wciąż przejawia więcej umiejętności typowych dla dziecka w młodszym wieku.	Dziecko przejawia wiele umiejętności typowych dla swojego wieku, jednak wykazuje również w tym obszarze zachowania, które mogłyby zostać zaklasyfikowane jako zachowania młodszych dzieci.	Dziecko posiada umiejętności oczekiwane dla swojego wieku, jednak istnieją pewne problemy.	Dziecko posiada wszystkie umiejętności, których można by się spodziewać od dziecka w jego wieku.
Czy od czasu poprzedniego podsumowania zaobserwowano u dziecka nowe umiejętności lub zachowania związane z tym obszarem?				<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dot.

## CZĘŚĆ III - WYNIKI MOJEGO DZIECKA I RODZINY

**Wyniki dziecka i rodziny**

*Te informacje pomogą usprawnić udział dziecka w codziennych i rutynowych czynnościach zgodnie z Państwa priorytetami w zakresie edukacji i rozwoju dziecka. Czynności, na których koncentrują się Państwo w ramach wyników, będą brane pod uwagę jako miara postępu, jednak nie będą jedynymi czynnościami, nad którymi zespół będzie pracował.*

*Program dla dzieci do 3. roku życia wspiera dorosłych, którzy regularnie wchodzą w interakcje z Państwa dzieckiem. W jaki sposób dorośli biorący udział w życiu Państwa dziecka uczą się najskuteczniej (czytanie, wykonywanie czynności, ze słuchu, obserwacja)?*

<b>NR WYNIKU</b>	<i>Wyniki są funkcjonalne, mierzalne oraz mieszczą się w zakresie codziennych i rutynowych czynności.</i>
------------------	---

Co chcielibyśmy, aby się zmieniło w zakresie codziennych/rutynowych czynności?	Skąd będziemy wiedzieć, że zostało to osiągnięte? Do kiedy chcemy to osiągnąć?

**STRATEGIE**

Jakie działania są obecnie podejmowane, aby przyczynić się do osiągnięcia tego wyniku? Jakie są wstępne strategie, od których można zacząć lub kontynuować działania?

**Dodatkowe i trwające strategie związane z tym wynikiem będą rozwijane podczas spotkań wczesnej interwencji.**

Ten wynik IFSP dotyczy:

- Rozwijania pozytywnych relacji społecznych przez dziecko
- Nabywania i korzystania z wiedzy i umiejętności
- Stosowania odpowiednich zachowań, aby osiągnąć swoje cele
- Wyniki rodziny

<b>ODNOŚNE CELE EDUKACYJNE (wymagane u dzieci w wieku 3 lat lub starszych)</b>	<input type="checkbox"/> Język <input type="checkbox"/> Liczenie <input type="checkbox"/> Podstawy czytania
--	---

**PRZEGLĄD POSTĘPÓW**

<b>Kody postępu: Należy wybrać najbardziej pasujący kod.</b> 1- Osiągnięte – <i>Udało się!</i> 2- W trakcie – <i>Robimy postępy.</i> 3- Potrzebna modyfikacja – <i>Zmieńmy kilka rzeczy.</i>	Kod:	Data:	Inicjały:	Uwagi:

a. Zmiana celu b. Zmiana usługi c. Inne: _____				
4- Niepotrzebne – Skoncentrujmy się na czymś innym.				
5- Odłożone				

### CZĘŚĆ IV - USŁUGI I WSPARCIE Z ZAKRESU WCZESNEJ INTERWENCJI

## Podsumowanie usług z zakresu wczesnej interwencji

*Wsparcie i usługi są dobierane na podstawie postępów w zakresie funkcjonalnych wyników IFSP. Są zaprojektowane w taki sposób, aby zwiększyć kompetencje rodzin w zakresie wspierania nauki i rozwoju dziecka poprzez funkcjonalny udział w czynnościach rodzinnych i społecznych. Każda instytucja lub osoba, która odgrywa bezpośrednią rolę w świadczeniu usług wczesnej interwencji, jest odpowiedzialna za wspieranie rodziny w osiągnięciu wyników niniejszego planu IFSP.*

GŁÓWNY TERAPEUTA	KOORDYNATOR POMOCY RODZINIE	USŁUGA Z ZAKRESU WCZESNEJ INTERWENCJI	INTENSYWNOŚĆ	CZĘSTOTLIWOŚĆ			ŚRODOWISKO	CZAS TRWANIA	
			<input type="checkbox"/> Indywidualna <input type="checkbox"/> Grupowa	Jak często?	Ilość sesji	Czas trwania jednej sesji (w minutach)	<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Wspólnota <input type="checkbox"/> Inne* *Należy uzasadnić	Planowana data rozpoczęcia	Planowana data zakończenia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Indywidualna <input type="checkbox"/> Grupowa				<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Wspólnota <input type="checkbox"/> Inne* *Należy uzasadnić		
<b>NAZWISKO OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ:</b>				<b>DANE KONTAKTOWE:</b>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Indywidualna <input type="checkbox"/> Grupowa				<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Wspólnota <input type="checkbox"/> Inne* *Należy uzasadnić		
<b>NAZWISKO OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ:</b>				<b>DANE KONTAKTOWE:</b>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Indywidualna <input type="checkbox"/> Grupowa				<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Wspólnota <input type="checkbox"/> Inne* *Należy uzasadnić		
<b>NAZWISKO OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ:</b>				<b>DANE KONTAKTOWE:</b>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Indywidualna <input type="checkbox"/> Grupowa				<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Wspólnota <input type="checkbox"/> Inne* *Należy uzasadnić		
<b>NAZWISKO OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ:</b>				<b>DANE KONTAKTOWE:</b>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Indywidualna <input type="checkbox"/> Grupowa				<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Wspólnota <input type="checkbox"/> Inne* *Należy uzasadnić		

Imię i nazwisko dziecka:	Numer ID:	Data spotkania IFSP:
--------------------------	-----------	----------------------

**NAZWISKO OSOBY  
ŚWIADCZĄCEJ  
USŁUGĘ:**

**DANE KONTAKTOWE:**

**Przegląd dostarczonych usług wczesnej interwencji**

\*Jeśli usługa wczesnej interwencji nie była świadczona w naturalnym środowisku, jakie jest **uzasadnienie** decyzji zespołu IFSP, że wyniki nie zostaną osiągnięte w środowisku naturalnym?

**USŁUGI NA RZECZ DZIECI NIEWIDOMYCH/NIEDOWIDZĄCYCH LUB NIESŁYSZĄCYCH/NIEDOSŁYSZĄCYCH**

Czy rodzice otrzymali informacje na temat Szkoły dla niewidomych w Maryland?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dot.
Czy rodzice otrzymali informacje na temat Szkoły dla niesłyszących w Maryland?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dot.

## CZĘŚĆ V - PLANOWANIE ZMIAN W ŻYCIU DZIECKA

### Sekcja A – Identyfikacja zmian

Zmiany mogą zachodzić w związku z zaangażowaniem rodziny we wczesną interwencję. Niektóre są nieformalne, na przykład powrót do domu po dłuższym czasie w szpitalu, zmiana żłobka albo opiekunki lub nowa praca rodzica. Zmiany odnoszą się również do zakończenia wczesnej interwencji, skorzystanie z innego programu społeczności lub szkoły. Państwa zespół IFSP pomoże w planowaniu płynnych zmian każdego rodzaju.

#### ZIDENTYFIKOWANE ZMIANY:

 Zmiana przed ukończeniem 3. roku życia

**Proszę przejść do części UWAGI/KOLEJNE KROKI**
 Zmiana w wieku 3 lat

#### DATA SPOTKANIA POŚWIĘCONEGO PLANOWANIU ETAPU ZMIANY (Przed 33. miesiącem dziecka):

Jeżeli spotkanie poświęcone planowaniu zmiany odbywa się później niż po osiągnięciu przez dziecko 33. miesiąca życia, należy wskazać jedną z przyczyn podanych poniżej. **(Proszę zaznaczyć tylko jedną opcję.)**

- Próby skontaktowania się z rodziną były nieskuteczne
- Dziecko zostało skierowane na spotkanie w wieku 31,5 miesiąca lub później
- Rodzina poprosiła o zmianę terminu spotkania
- Inne:

Jeżeli spotkanie poświęcone planowaniu zmiany **nie odbyło się przed osiągnięciem przez dziecko trzeciego roku życia**, należy wskazać jedną z przyczyn podanych poniżej. **(Proszę zaznaczyć tylko jedną opcję.)**

- Próby skontaktowania się z rodziną były nieskuteczne
- Dziecko zostało skierowane na spotkanie w wieku 34,5 miesiąca lub później
- Rodzina odmówiła udziału w spotkaniu
- Inne:

#### KWALIFIKOWALNOŚĆ DO PRZEDSZKOLNEJ EDUKACJI SPECJALNEJ I USŁUG POWIĄZANYCH (CZĘŚĆ B)

- Rodzice chcieliby rozważyć kwalifikowalność z zakresu części B
- Rodzice **nie chcą** rozważać kwalifikowalności z zakresu części B

#### WYNIKI PIERWSZEGO SPOTKANIA DOTYCZĄCEGO KWALIFIKOWALNOŚCI W RAMACH IEP (WYPEŁNIA KADRA SZKOLNICTWA SPECJALNEGO)

**KADRA SZKOLNICTWA SPECJALNEGO:** Należy wypełnić tę sekcję oraz przejść do części C Wprowadzenie danych bezpośrednio po pierwszym spotkaniu dotyczącym kwalifikowalności w ramach IEP. *Należy zaznaczyć zdanie określające wyniki pierwszego spotkania dotyczącego kwalifikowalności w ramach IEP.*

- Dziecko **KWALIFIKUJE SIĘ** do korzystania z usług w ramach planu IFSP lub przedszkolnej edukacji specjalnej oraz powiązanych usług poprzez IEP.
- Dziecko **NIE KWALIFIKUJE SIĘ** do korzystania z usług w ramach planu IFSP lub przedszkolnej edukacji specjalnej oraz powiązanych usług poprzez IEP.

**Proszę przejść do części UWAGI/KOLEJNE KROKI**
 Zmiana po ukończeniu 3. roku życia

#### DATA SPOTKANIA POŚWIĘCONEGO PLANOWANIU ZMIANY:

Jeżeli spotkanie poświęcone planowaniu zmiany odbywa się później niż na 90 dni przed datą upływu kwalifikowalności dziecka, należy wskazać jedną z przyczyn podanych poniżej. **(Proszę zaznaczyć tylko jedną opcję.)**

- Próby skontaktowania się z rodziną były nieskuteczne
- Rodzina poprosiła o zmianę terminu lub opóźnienie spotkania
- Inne:

Jeżeli spotkanie poświęcone planowaniu etapu zmiany **nie odbyło się przed datą upływu kwalifikowalności dziecka**, należy wskazać jedną z przyczyn podanych poniżej. **(Proszę zaznaczyć tylko jedną opcję.)**

- Próby skontaktowania się z rodziną były nieskuteczne
- Rodzina zdecydowała się skorzystać ze zindywidualizowanego programu edukacyjnego (IEP) wcześniej niż na 90 dni przed terminem
- Rodzina odmówiła udziału w spotkaniu
- Inne:

#### EDUKACJA SPECJALNA I USŁUGI POWIĄZANE (CZĘŚĆ B)

Imię i nazwisko dziecka:	Numer ID:	Data spotkania IFSP:
--------------------------	-----------	----------------------

**Przed rozpoczęciem roku szkolnego następującego po 4. urodzinach dziecka:**

- Rodzice chcieliby rozważyć możliwość skorzystania ze specjalnej edukacji przedszkolnej i usług powiązanych w ramach IEP.
- Rodzice **nie chcą** rozważać możliwości skorzystania ze specjalnej edukacji przedszkolnej i usług powiązanych w ramach IEP.

**W chwili rozpoczęcia roku szkolnego następującego po 4. urodzinach dziecka:**

- Rodzice chcieliby rozważyć możliwość skorzystania ze specjalnej edukacji przedszkolnej i usług powiązanych w ramach IEP.
- Rodzice **nie chcą** rozważać możliwości skorzystania ze specjalnej edukacji przedszkolnej i usług powiązanych w ramach IEP.

***Proszę przejść do części UWAGI/KOLEJNE KROKI DOTYCZĄCE SPOTKANIA POŚWIĘCONEGO PLANOWANIU ZMIANY***



**CZĘŚĆ V - PLANOWANIE ZMIAN W ŻYCIU MOJEGO DZIECKA**  
**Sekcja B – Planowanie zmian**

**Uwagi/kolejne kroki dotyczące planowaniu zmiany**

**USŁUGI LOKALNE**

Czy rodzinie zaproponowano korzystanie z usług lokalnych?  Tak  Nie **Jeżeli TAK, należy wybrać zaproponowane usługi.**

Rozwojowe/medyczne/zdrowotne:	Opieka nad dziećmi/edukacja	Pomoc rodzinie
<input type="checkbox"/> Terapie rozwojowe (inne niż te, o których mowa w Części C i Części B) <input type="checkbox"/> Sprzęt/Urządzenia <input type="checkbox"/> Opieka nad dzieckiem w domu <input type="checkbox"/> Szczepienia ochronne <input type="checkbox"/> Usługi z zakresu zdrowia psychicznego <input type="checkbox"/> Podstawowa opieka zdrowotna <input type="checkbox"/> Program pomocy skierowany do kobiet, niemowląt i dzieci (WIC)	<input type="checkbox"/> Obozy <input type="checkbox"/> Program Even Start <input type="checkbox"/> Rodzinny ośrodek opieki dziennej <input type="checkbox"/> Ośrodek zbiorowej opieki nad dziećmi <input type="checkbox"/> Program Head Start <input type="checkbox"/> Program instruktażowy dla rodziców dzieci w wieku przedszkolnym (HIPPI) <input type="checkbox"/> Ośrodek Judy Center <input type="checkbox"/> Grupa zabaw <input type="checkbox"/> Program przedszkolny: <input type="checkbox"/> Publiczny <input type="checkbox"/> Prywatny <input type="checkbox"/> Program rekreacyjny	<input type="checkbox"/> Ośrodek pomocy rodzinie <input type="checkbox"/> Sieć wsparcia rodzinnego/partnerskie instytucje przedszkolne <input type="checkbox"/> Program wizyt domowych (podać) _____ <input type="checkbox"/> Edukowanie rodziców <input type="checkbox"/> Grupa wsparcia <input type="checkbox"/> Inne: _____
		<b>Inne usługi lokalne:</b>

**UWAGI/KOLEJNE KROKI DOTYCZĄCE PLANOWANIU ZMIANY**

Czynności	Terminy	Osoba odpowiedzialna

**CZĘŚĆ VI - ZGODA RODZICÓW (dotycząca dziecka przed lub w trakcie 3. roku życia)**  
**Wybór rodziny: Zgoda na kontynuację lub prośba o zakończenie usług w ramach planu IFSP**

## Rodziny mają wybór

- Otrzymaliśmy egzemplarz corocznego zawiadomienia „*A Family Guide to Next Steps When Your Child in Early Intervention Turns 3 – Families have a choice.*” [Kolejne kroki po ukończeniu przez dziecko podlegające wczesnej interwencji 3. roku życia – Przewodnik dla rodziny].
- Zostaliśmy powiadomieni o różnicach między usługami wczesnej interwencji świadczonych w ramach planu IFSP na podstawie Ustawy o kształceniu osób niepełnosprawnych (IDEA) oraz usługami przedszkolnej edukacji specjalnej świadczonym w ramach Indywidualnego programu nauczania (IEP) na podstawie ustawy IDEA.
- Przyjęliśmy do wiadomości, że nasze dziecko posiada aktualny plan IFSP oraz że zostało ono zakwalifikowane do przedszkolnej edukacji specjalnej jako dziecko niepełnosprawne na podstawie ustawy IDEA.
- Zostaliśmy poinformowani o prawie wyboru między możliwością kontynuowania otrzymywania usług wczesnej interwencji na zasadach planu IFSP i rozpoczęciem przedszkolnej edukacji specjalnej w ramach IEP.
- Przyjęliśmy do wiadomości, że w przypadku gdy wybierzemy możliwość otrzymywania usług w ramach IEP oraz zakończymy korzystanie z usług IFSP dziecko i rodzina nie będą już kwalifikować się do usług IFSP.
- Przyjęliśmy do wiadomości, że w przypadku gdy wybierzemy możliwość otrzymywania usług poprzez IFSP możemy zakończyć korzystanie z usług wczesnej interwencji w ramach IFSP w którymkolwiek momencie oraz zacząć korzystać z usług przedszkolnej wczesnej edukacji poprzez IEP.
- Przyjęliśmy do wiadomości, że regionalna wiodąca instytucja zobowiązana jest do kontynuacji świadczenia usług IFSP w ramach poszerzonej opcji IFSP do dnia, w którym zainicjowane zostanie rozpoczęcie usług IEP. Przyjęliśmy również do wiadomości, że w przypadku wyboru opcji IEP i odmowy zgody na edukację specjalną i powiązane usługi oferowane w ramach IEP zalecone przez zespół IEP usługi IFSP zostaną zakończone.
- Rozumiemy, że nasza zgoda na kontynuację korzystania z usług IFSP jest dobrowolna oraz że możemy ją w dowolnym momencie wycofać.

## WYBÓR RODZINY

Należy zaznaczyć **JEDNĄ** opcję.

- Wyrażamy zgodę na **kontynuację** świadczenia z usług wczesnej interwencji dla naszego dziecka i rodziny poprzez program IFSP po trzecich urodzinach dziecka.
- Prosimy o **zakończenie** świadczenia z usług wczesnej interwencji dla naszego dziecka i rodziny poprzez program IFSP po trzecich urodzinach dziecka.

Podpis rodzica/opiekuna/rodzica zastępczego

Data

Podpis rodzica/opiekuna/rodzica zastępczego

Data

Imię i nazwisko dziecka:	Numer ID:	Data spotkania IFSP:
--------------------------	-----------	----------------------

## CZĘŚĆ VII - UPOWAŻNIENIA

### Sekcja A – Zgoda IDEA

# Upoważnienia

## ZGODA RODZICA/OPIEKUNA/RODZICA ZASTĘPCZEGO

- Mieliśmy możliwość uczestniczenia w opracowywaniu niniejszego Zindywidualizowanego planu pomocy rodzinie (IFSP) i zostaliśmy z odpowiednim wyprzedzeniem poinformowani o spotkaniu w ramach IFSP.
- Zostaliśmy poinformowani o prawach rodzicielskich przysługujących nam w ramach niniejszego programu poprzez otrzymanie dokumentu dotyczącego praw rodzicielskich w stanie Maryland – *Parental Rights: Maryland Procedural Safeguards Notice* [Prawa rodzicielskie: zawiadomienie o zabezpieczeniach proceduralnych w stanie Maryland] oraz poradnika rodzinnego dotyczącego systemu wczesnej interwencji funkcjonującego w stanie Maryland.
- Usługi wczesnej interwencji będą świadczone zgodnie z opisem przedstawionym w planie IFSP. Rozumiemy, że plan IFSP będzie co najmniej raz na sześć (6) miesięcy poddawany ocenie.
- Rozumiemy, że nasza zgoda jest dobrowolna oraz że możemy ją w dowolnym momencie wycofać.
- Rozumiemy, że zgromadzone informacje nie zostaną ujawnione bez podpisanej przez nas pisemnej zgody, chyba że będą tego wymagać przepisy Ustawy o przysługujących rodzinie prawach do edukacji i ochrony danych (FERPA). Przepisy te zezwalają na ujawnienie informacji dotyczących wczesnej interwencji instytucjom działającym w ramach systemu wczesnej interwencji.
- Rozumiemy, że instytucja publiczna umieści zgromadzone informacje w stanowej bazie danych. Z bazy tej korzystać będzie w stosownych przypadkach, na potrzeby finansowania programów, Departament Edukacji Stanu Maryland (MSDE) i inne instytucje stanowe.
- O ustaleniach zespołu IFSP zostaliśmy poinformowani w naszym języku ojczystym lub innym sposobem komunikacji.
- Niniejszy plan odzwierciedla cele istotne dla naszego dziecka i naszej rodziny.
- Niniejszy plan oraz przysługujące nam prawa rodzicielskie są dla nas zrozumiałe. Niniejszym wyrażamy zgodę na realizację niniejszego planu IFSP.

**Podpis rodzica/opiekuna/rodzica zastępczego**

**Data**

## CZĘŚĆ VII - UPOWAŻNIENIA

## Sekcja B – Zgoda dotycząca usług z zakresu opieki medycznej (MA)

## Upoważnienia

## ZGODA RODZICA/OPIEKUNA/RODZICA ZASTĘPCZEGO

Aby instytucja świadcząca usługi mogła do celów rozliczeniowych ujawnić dane osobowe dziecka Departamentowi Zdrowia Stanu Maryland (MDH) oraz instytucji stanowej odpowiedzialnej za zarządzanie programem opieki medycznej (MA), zgodnie z przepisami Ustawy o przysługujących rodzinie prawach do edukacji i ochrony danych (FERPA) oraz Ustawy o kształceniu osób niepełnosprawnych (IDEA) konieczne jest uzyskanie zgody rodziców. Wyrażając zgodę, rodzic oświadcza na piśmie, że rozumie i zgadza się, by instytucja publiczna mogła uzyskać dostęp do danych MA dziecka w celu uregulowania rachunku za usługi świadczone na rzecz dziecka.

**Instytucja świadcząca usługi wczesnej interwencji nie może:**

- domagać się, aby zarejestrowali lub zapisali się Państwo do stanowego programu MA w celu umożliwienia Państwu dziecku korzystania z usług przysługujących na mocy ustawy IDEA;
- wymagać poniesienia jakichkolwiek kosztów własnych, np. wniesienia podlegającej odliczeniu lub współpłaceniu opłaty wymaganej w chwili zgłaszania zapotrzebowania na usługi;
- korzystać ze świadczeń przysługujących Państwu dziecku w ramach opieki medycznej, jeżeli spowodowałyby to:
  - obniżenie ogólnego limitu wartości dostępnych usług medycznych lub jakichkolwiek innych świadczeń przysługujących w ramach ubezpieczenia,
  - konieczność pokrycia przez Państwa rodzinę kosztów usług, które powinny zostać pokryte w ramach programu opieki medycznej i których Państwa dziecko potrzebuje w czasie innym niż podczas pobytu w szkole,
  - wzrost wysokości składek lub utratę dostępu do świadczeń lub ubezpieczenia, lub
  - ryzyko utraty prawa do zniżek przysługujących danemu gospodarstwu domowemu lub społeczności na podstawie ogólnych wydatków z tytułu opieki zdrowotnej.

Mogą Państwo prawo w dowolnym momencie wycofać udzieloną zgodę na ujawnianie danych osobowych na potrzeby stanowego programu opieki medycznej. Nawet jeżeli wycofają Państwo zgodę na ujawnianie danych osobowych dziecka udzieloną instytucji świadczącej usługi, instytucja ta nadal ma obowiązek dopilnować, aby Państwa dziecko nieodpłatnie otrzymywało wszelkie należyte świadczenia.

**Czy Państwa dziecko kwalifikuje się do korzystania ze świadczeń opieki medycznej?**

Tak  Nie

**Numer ubezpieczenia zdrowotnego (MA):**

- Wyrażam zgodę na koordynację usług wczesnej interwencji oraz na to, by Koordynator lub Koordynatorzy usług wskazani w treści niniejszego planu IFSP zostali wyznaczeni na Koordynatorów usług z zakresu opieki medycznej (COMAR 09.10.40). Rozumiem, że mam prawo wybrać dowolną osobę jako Koordynatora usług z zakresu opieki medycznej na rzecz mojego dziecka. W chwili obecnej zatwierdzam następującą osobę/następujące osoby jako Koordynatora/ów usług medycznych:

**Koordynator usług medycznych:****Koordynator usług medycznych:**

- Rozumiem, że jeżeli w przyszłości zechcę zmienić Koordynatora usług z zakresu opieki medycznej w ramach programu wczesnej interwencji, mogę dokonać żądanej zmiany kontaktując się z zespołem.
- Rozumiem, że celem niniejszej usługi jest pomoc w uzyskaniu dostępu do niezbędnych usług medycznych, społecznych, edukacyjnych i innych.
- Udzielam instytucji świadczącej usługi zgody na ujawnianie danych osobowych mojego dziecka na potrzeby stanowego programu opieki medycznej w celu uzyskania dostępu do świadczeń opieki medycznej.
- Udzielam instytucji świadczącej usługi pozwolenia na odzyskanie z programu Medicaid kosztów koordynacji usług oraz kosztów usług zdrowotnych związanych z realizacją celów planu IFSP przez moje dziecko.
- Rozumiem, że jeżeli odmówię instytucji świadczącej usługi dostępu do funduszy MA, instytucja ta nadal ma obowiązek dopilnować, by moje dziecko otrzymywało bezpłatnie wszelkie niezbędne świadczenia.
- Rozumiem, że niniejsza usługa nie ogranicza ani w żaden inny sposób nie wpływa na prawo mojego dziecka do korzystania z jakichkolwiek innych świadczeń MA. Rozumiem również, że moje dziecko nie może korzystać z podobnych usług koordynacyjnych w ramach programu MA, nawet jeżeli kwalifikuje się do korzystania z usług więcej niż jednego typu.

**Podpis rodzica/opiekuna/rodzica zastępczego**

**Data**

## ZINDYWIDUALIZOWANY PLAN OPIEKI RODZINNEJ (IFSP)

## Uprzednie pisemne zawiadomienie

CEL SPOTKANIA	PROPONOWANE LUB ODRZUCONE DZIAŁANIA	PRZYCZYNA ZMIANY STATUSU NA NIEAKTYWNY (Należy zaznaczyć <u>jedną</u> opcję.)	
(Należy zaznaczyć <b>wszystkie</b> właściwe.)	(Należy wybrać <u>jedną</u> opcję: <b>kontynuacja, zmiana</b> lub <b>zakończenie</b> IFSP.)	<b>DATA ZMIANY STATUSU:</b>	
<input type="checkbox"/> Doraźne <input type="checkbox"/> Pierwsze spotkanie w ramach IFSP <input type="checkbox"/> Sześciomiesięczna kontrola planu IFSP <input type="checkbox"/> Inna kontrola <input type="checkbox"/> Ocena roczna	<input type="checkbox"/> Rozpoczęcie planu IFSP <input type="checkbox"/> Kontynuacja planu IFSP <input type="checkbox"/> Modyfikacja planu IFSP (Należy zaznaczyć <b>wszystkie</b> właściwe.) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dodanie usługi</li> <li><input type="checkbox"/> Dodanie usługi</li> <li><input type="checkbox"/> Zmiana usługi</li> <li><input type="checkbox"/> Zakończenie usługi</li> <li><input type="checkbox"/> Dodanie/zmiana wyników</li> <li><input type="checkbox"/> Planowanie etapu zmiany <i>dla dzieci w wieku lat 3</i></li> <li><input type="checkbox"/> Planowanie etapu zmiany <i>dla dzieci po ukończeniu 3. roku życia</i></li> </ul> <input type="checkbox"/> Zakończenie IFSP (jeśli zaznaczono, należy wypełnić sekcję „ <b>PRZYCZYNA ZMIANY STATUSU NA NIEAKTYWNY</b> ”.)	<input type="checkbox"/> Dziecko nie kwalifikuje się do programu – <i>wyłącznie na podstawie weryfikacji</i> (od urodzenia do 3. roku życia) <input type="checkbox"/> Dziecko nie kwalifikuje się do programu – <i>dziecko nigdy nie kwalifikowało się do programu</i> (od urodzenia do 3. roku życia) <input type="checkbox"/> Bezskuteczne próby kontaktu (od urodzenia do 4. roku życia) <input type="checkbox"/> Rezygnacja rodzica (od urodzenia do 4. roku życia) <input type="checkbox"/> Realizacja planu IFSP przed ukończeniem 3. roku życia (od urodzenia do 3. roku życia) <input type="checkbox"/> Zmiana <u>w wieku</u> lat 3 – <i>rezygnacja z planu IFSP</i> (od urodzenia do 3. roku życia) <input type="checkbox"/> Zmiana <u>po osiągnięciu</u> 3 roku życia (od 3. do 4. roku życia) <input type="checkbox"/> Realizacja planu IFSP po ukończeniu 3. roku życia (od 3. do 4. roku życia) <input type="checkbox"/> Zmiana w chwili rozpoczęcia roku szkolnego następującego po 4. urodzinach dziecka <input type="checkbox"/> Dziecko zostało przeniesione pod inną jurysdykcję	<b>JURYSDYKCJA:</b> <input type="checkbox"/> Dziecko nie mieszka już w stanie Maryland (od urodzenia do 4. roku życia) <input type="checkbox"/> Śmierć (od urodzenia do 4. roku życia)

## OPIS PROPONOWANYCH LUB ODRZUCONYCH DZIAŁAŃ ORAZ WYJAŚNIENIE KAŻDEGO DZIAŁANIA:

## PRAWA RODZICIELSKIE – ZAWIADOMIENIE O ZABEZPIECZENIACH PROCEDURALNYCH W STANIE MARYLAND

Imię i nazwisko dziecka:	Numer ID:	Data spotkania IFSP:
--------------------------	-----------	----------------------

Rodzic dziecka z opóźnieniem rozwojowym/nieppełnosprawnością jest uprawniony do pewnych zabezpieczeń proceduralnych opisanych w załączonym dokumencie „**Parental Rights: Maryland Procedural Safeguards Notice**” [Prawa rodzicielskie: zawiadomienie o zabezpieczeniach proceduralnych w stanie Maryland]. Składa się na nie między innymi prawo do mediacji na życzenie oraz do wytoczenia procesu sądowego w przypadku, gdy rodzic nie wyrazi zgody na proponowane działania lub na odmowę podjęcia działań, a także prawo złożenia skargi na jednostkę edukacyjną.

- Egzemplarz dokumentu „**Parental Rights: Maryland Procedural Safeguards Notice**” [Prawa rodzicielskie: zawiadomienie o zabezpieczeniach proceduralnych w stanie Maryland] został dostarczony rodzicowi/rodzicom.
- Rodzice nie przyjęli kolejnego egzemplarza

## OŚRODEK POMOCY RODZINIE

**LOKALNA** Sieć wsparcia rodzinnego/informacja o partnerskich instytucjach przedszkolnych:

**BEZPŁATNA STANOWA** linia informacyjna dotycząca usług wsparcia dla rodzin: **1-800-535-0182**

Usługa Departamentu Edukacji Stanu Maryland, Wydział ds. specjalnych potrzeb edukacyjnych/wczesnej interwencji