MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DE L'ÉTAT DU MARYLAND • DIVISION DE L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE/SERVICES D'INTERVENTION EN BAS ÄGE

PROGRAMME POUR LES NOURRISSONS ET LES TOUT-PETITS DU MARYLAND

Plan de services aux familles personnalisé (PSFP)

Date de référence :	Date de rencontre PSFP :	Type de rencontre PSFP : ❑ Intérimaire ❑ Première ❑ Évaluation annuelle

Information sur l'enfant et la famille

Nom de l'enfant (prénom/2e prénom/nom) :		
Date de naissance :	Numéro d'identification :	Numéro de l'aide médicale :
Adresse :		No de téléphone (maison) :
Nom du parent/tuteur/substitut :		
Adresse :		No de téléphone (maison) :
Adresse :		No de téléphone (travail) :
Courriel :		No de téléphone (cellulaire) :
Meilleur temps pour vous rejoindre :	Meilleure façon de vous rejoindre : ❑ No de téléphone (maison) : ❑ No de téléphone (travail) : ❑ No de téléphone (cellulaire) : ❑ Courriel :	

Signatures des participants formant l'équipe

Chaque agence ou individu jouant un rôle direct dans l'apport de services d'intervention en bas âge est responsable d'aider l'enfant admis et sa famille à atteindre les résultats souhaités dans le cadre de ce PSFP.

Coordonnateur de services	*Date*	*Evaluateur/Expert (ou participation via d'autres moyens)*		*Date*
Coordonnateur de services intérimaire/remplaçant	*Date*	*Autre participant*	*Agence/Titre*	*Date*
Représentant de l'agence de référence	*Date*	*Autre participant*	*Agence/Titre*	*Date*
Parent(s)/Tuteur/Substitut	*Date*	*OAutre participant*	*Agence/Titre*	*Date*

Renseignements sur le coordonnateur de services

Pour toute question sur ce PSFP ou sur les personnes travaillant avec votre enfant/famille, contactez votre coordonnateur de services.

Nom du coordonnateur de services :	
Agence :	
Adresse :	
No de téléphone (travail) :	Courriel :

Dates de rencontres PSFP prévisionnelles

Date prévisionnelle **Révision PSFP semestrielle** :
Date prévisionnelle **Révision PSFP annuelle** :
Période prévue pour la **rencontre de planification de transition** :

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION I - RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE MON ENFANT

Partie A - Renseignements sur la santé

Santé générale

Quel était l'âge gestationnel de votre enfant à la naissance? _____ Semaines _____ Jours

Quel était le poids de votre enfant à la naissance? _____ Livres _____ Onces OU _____ Grammes

Qui est votre médecin de premier recours ou autre professionnel de la santé?	No de téléphone :

VACCINATIONS

Avez-vous une copie du dossier d'immunisation de votre enfant? ❑ Oui ❑ Non

*Si vous avez répondu **NON**, veuillez indiquer les moyens à utiliser pour obtenir une copie du dossier d'immunisation de votre enfant.*

Le dossier d'immunisation contient-il les vaccins requis compte tenu de l'âge de votre enfant? ❑ Oui ❑ Non

*Si vous avez répondu **NON**,* quelles stratégies seront mises en œuvre pour que votre enfant reçoive les vaccins requis?

Indiquez les vaccins reçus *(ceux en **GRAS** sont requis pour l'école publique) :*

❑ **DTaP/DT** ❑ **Polio** ❑ **Hib** ❑ **HépB** ❑ **PCV7** ❑ Rotavirus ❑ MCV4 ❑ Hép A ❑ **MMR** ❑ **Varicelle**

Indiquez les vaccins nécessaires *(ceux en **GRAS** sont requis pour l'école publique) :*

❑ **DTaP/DT** ❑ **Polio** ❑ **Hib** ❑ **HépB** ❑ **PCV7** ❑ Rotavirus ❑ MCV4 ❑ Hép A ❑ **MMR** ❑ **Varicelle**

DÉPISTAGE DU PLOMB/TESTS

Le niveau de plomb de votre enfant a-t-il été testé? ❑ Oui ❑ Non Si ***OUI***, quel était le niveau? _____

Le niveau de plomb de votre enfant soulève-t-il de l'inquiétude? ❑ Oui ❑ Non Si *OUI,* veuillez donner des explications. _____

_____

NUTRITION

Les habitudes alimentaires et la croissance de votre enfant soulèvent-elles de l'inquiétude? ❑ Oui ❑ Non

*Si **OUI**,* veuillez donner des explications.

PROBLÈMES DE SANTÉ GÉNÉRALE

Y a-t-il des informations à propos de la santé de votre enfant (équipement particulier, allergies, difficulté mentale ou physique) que l'équipe devrait connaître afin de mieux planifier et d'assurer les services destinés à votre enfant et votre famille?

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION I - RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE MON ENFANT

Partie B - Niveaux actuels de développement

Statut de l'évaluation :	❑ Inscription ❑ Intérim (naissance à 3 ans) ❑ Sortie (naissance à 3 ans) ❑ Intérim (3 ans à maternelle) ❑ Sortie (3 ans à maternelle)

Niveaux actuels de développement

Domaine		Date de l'évaluation (MM/JJ/AA)	Nom de l'évaluation Instrument(s)	Age chronologique	Groupe d'âge	Description qualitative
Cognitif	**Cognitif** (jouer, penser et explorer)					
Communication	**Communication** (comprendre les autres et s'exprimer)					
Social ou émotionnel	**Social ou émotionnel** (émotions, sentiments et interaction avec les autres)					
Adaptatif	**Adaptatif** (manger, boire, propreté et faire des choses pour soi)					
Physique	**Motricité fine** (utiliser ses mains pour jouer, manger ou autre activité)					
	Motricité globale (bouger son corps pour changer de position ou d'endroit)					
	Audition	Votre enfant a-t-il passé un test de dépistage auditif universel chez les nouveau-nés? ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne s'applique pas Votre enfant a-t-il vu par un audiologiste pour une évaluation auditive complète? ❑ Oui ❑ Non L'audition de votre enfant soulève-t-elle de l'inquiétude? ❑ Oui ❑ Non Résultats de l'évaluation/Observation :				
	Vision	La vision de votre enfant a-t-elle été testée? ❑ Oui ❑ Non La vision de votre enfant soulève-t-elle de l'inquiétude? ❑ Oui ❑ Non Résultats de l'évaluation/Observation :				

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION I - RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE MON ENFANT

Partie C - Admissibilité aux services d'intervention en bas âge

Admissibilité

D'après les résultats du processus d'évaluation, votre enfant est admissible aux services d'intervention en bas âge. L'admissibilité repose sur LA catégorie cochée ci-dessous.

❑ RETARD DE DÉVELOPPEMENT D'AU MOINS 25%

Mon enfant est admissible aux services d'intervention en bas âge car il présente un retard de développement d'au moins 25% dans l'un ou plusieurs des domaines suivants. **Cochez tout ce qui s'applique** :

❑ Cognitif ❑ Communication ❑ Social ou émotionnel ❑ Adaptatif ❑ Physique : ___ Motricité fine ___ Motricité globale

❑ DÉVELOPPEMENT OU COMPORTEMENT ATYPIQUE

Mon enfant est admissible aux services d'intervention en bas âge car il présente un développement ou un comportement atypique dans l'un ou plusieurs des domaines suivants, ce qui risque d'entraîner un retard par la suite. **Cochez tout ce qui s'applique** :

❑ Cognitif ❑ Communication ❑ Social ou émotionnel ❑ Adaptatif ❑ Physique : ___ Motricité fine ___ Motricité globale

❑ ÉTAT PHYSIQUE OU MENTAL DIAGNOSTIQUÉ COMME POUVANT TRÈS PROBABLEMENT ENTRAINER UN RETARD DE DÉVELOPPEMENT

Mon enfant est admissible aux services d'intervention en bas âge car un diagnostic a été établi quant à son état physique ou mental, qui risque fort probablement de résulter en un retard de développement. Cette liste n'inclut pas tout. **Cochez tout ce qui s'applique** :

❑ Trouble chromosomique : ___ Syndrome de Down ___ Autre : _____

❑ Dysplasie bronchopulmonaire(DBP)
❑ Infection congénitale symptomatique (p. ex. VIH)
❑ Maladies héréditaires du métabolisme impliquant le système nerveux central (p. ex. leucinose et galactosémie)
❑ Enfant manifestant les conséquences graves d'un abus d'alcool prénatal par la mère (p. ex. syndrome d'alcoolisme fœtal)
❑ Enfant subissant les effets d'une exposition intra-utérine aux drogues et ayant besoin d'un traitement, ou présentant des signes de croissance intra-utérine limitée
❑ Hémorragie intraventriculaire - Niveaux III ou IV
❑ Empoisonnement au plomb, avec un niveau de plomb de 20 ug/dL ou plus
❑ Encéphalopathie modérée à grave résultant d'un choc au cerveau
❑ Maladies neurodégénératives ayant débuté en bas âge (p. ex. leucodystrophie avec insuffisance rénale, maladie de Tay-Sachs)
❑ Leucomalacie périventriculaire
❑ Naissance prématurée à un poids de moins de 1200 grammes (2 lbs. 10 oz)
❑ Épilepsie avec crises fréquentes ou difficiles à contrôler, ou dont l'état de base est accompagné de troubles cognitifs fréquents (p. ex. spasmes infantiles)
❑ Troubles sensoriels
  ❑ Aveugle ou malvoyant
  ❑ Sourd ou malentendant
❑ Malformations congénitales graves (p. ex. myéloméningocèle et hydrocéphalie congénitale)
❑ Entérocolite nécrosante aiguë
❑ Autre : _____
❑ Autre : _____
❑ Autre : _____

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION I - RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE MON ENFANT

Partie D - Forces et besoins

Forces et besoins

Une description des forces et des besoins spécifiques de votre enfant fournit de l'information précieuse lorsqu'il s'agit de planifier des services d'intervention en bas âge qui soutiendront la poursuite de résultats pour votre enfant et votre famille.

LES FORCES DE MON ENFANT	LES BESOINS DE MON ENFANT
Quelles choses mon enfant aime-t-il faire? Quelles choses mon enfant réussit-il bien?	Quelles choses représentent un défi pour mon enfant? Quelles choses mon enfant ne sait-il pas encore accomplir?

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION II - RENSEIGNEMENTS SUR MA FAMILLE

Partie A - Préoccupations, priorités et ressources

Préoccupations, priorités et ressources

Pour mieux soutenir votre enfant et votre famille, il nous serait utile de connaître les questions et les préoccupations importantes pour votre famille. Les préoccupations, les priorités et les ressources de votre famille serviront de base à la poursuite de résultats et à la détermination de stratégies et d'activités visant à s'occuper des besoins de votre enfant et de votre famille. Vous pouvez choisir de nous faire part de peu ou de beaucoup d'information.

LES PRÉOCCUPATIONS DE MA FAMILLE	LES PRIORITÉS DE MA FAMILLE	LES RESSOURCES DE MA FAMILLE
Mes préoccupations à propos de la santé et du développement de mon enfant. Information, ressources, soutien dont j'ai besoin ou que je désire pour mon enfant et/ou ma famille.	Mes espoirs et mes rêves à l'égard de mon enfant. Les choses les plus importantes pour mon enfant et/ou ma famille en ce moment	Les ressources sur lesquelles mon enfant peut s'appuyer, incluant les personnes, les activités, les programmes/associations.

❒ Ces renseignements ont été recueillis à l'aide d'une évaluation dirigée vers la famille, en utilisant les éléments suivants. **Cochez tout ce qui s'applique** :

- ❏ Outil d'entrevue pour la famille élaboré localement
- ❏ Questionnaire sur les activités journalières (RBI)
- ❏ Questionnaire *'Ages and Stages'* (QAS)
- ❏ Autres outils/méthodes : _____

❒ La famille a refusé l'évaluation.

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION II - RENSEIGNEMENTS SUR MA FAMILLE

Partie B - Milieux familiers

Occupations journalières dans les milieux familiers

Les services d'intervention en bas âge sont assurés dans des milieux familiers. Un milieu familier est un endroit où votre enfant et votre famille passent du temps, c'est-à-dire la maison, la garderie ou un autre cadre socio-éducatif. Les milieux familiers sont les endroits où habituellement les enfants en développement jouent et apprennent. Les renseignements ci-dessous nous aideront à déterminer le ou les milieux familiers au sein desquels votre enfant et votre famille bénéficieront des services d'intervention en bas âge.

Où votre enfant/famille passent-ils du temps? Cochez tout ce qui s'applique :

❏ Maison	❏ Programme Head Start	❏ Centre d'aide à la famille
❏ Centre de la petite enfance	❏ Bibliothèque	❏ Lieu de travail de l'un des parents
❏ Cadre religieux	❏ Chez l'un des membres de la famille	❏ Refuge
❏ Garderie en milieu familial	❏ Garderie pour les tout-petits	❏ Autre : _____
	❏ Judy Center	

Quelles sont les activités que vous aimez faire en famille?

Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire en famille, mais qu'il vous est impossible de faire en ce moment?

Quelles sont les occupations journalières de votre enfant et de votre famille? Certaines de ces occupations représentent-elles un défi? Y a-t-il d'autres occupations auxquelles votre famille aimerait s'adonner?

Quels sont les obstacles empêchant votre enfant et votre famille de prendre part à vos occupations journalières et à vos activités?

De quelle façon le programme peut-il appuyer votre famille dans son désir d'améliorer ou de créer des habitudes importantes?

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION III - LES RÉSULTATS SOUHAITÉS POUR MON ENFANT ET MA FAMILLE EN LIEN AVEC LE DÉVELOPPEMENT DE MON ENFANT

Résultats souhaités pour l'enfant et la famille

Basé sur les renseignements concernant le niveau de développement actuel de votre enfant, sur les rapports fournis, sur les forces et les besoins de votre enfant, sur les préoccupations, les priorités et les ressources de votre famille ainsi que sur vos occupations journalières, ce plan expose ce que nous voulons accomplir et les étapes spécifiques pour y arriver. Veuillez nous faire part des résultats que vous jugez prioritaires pour votre enfant et votre famille, en incluant les habiletés spécifiques et le contexte. Un formulaire distinct "Résultats concernant l'enfant et la famille" est rempli pour chaque résultat.

RÉSULTATS	STRATÉGIES/ACTIVITÉS/OCCASIONS D'APPRENTISSAGE	CRITÈRES MESURABLES
Qu'aimerions-nous voir se produire?	Quelles étapes doivent être entreprises pour faciliter l'obtention du résultat prioritaire?	Comment saurons-nous que le résultat a été atteint?

PLAN DE TRAVAIL	

PARTICIPANTS - *Qui participera?*		
Nom :	Titre :	Téléphone/Courriel :
Nom :	Titre :	Téléphone/Courriel :
Nom :	Titre :	Téléphone/Courriel :
Nom :	Titre :	Téléphone/Courriel :

REVUE DE LA PROGRESSION DES RÉSULTATS				
Codes de revue : ***Choisissez le code qui s'applique le mieux.***	**Code :**	**Date :**	**Initiales :**	**Commentaires :**
1- Succès - *Nous avons réussi!* 2- En cours - *Nous faisons des progrès.* 3- Besoin de développement - *Mise au point à effectuer.*				
4- N'est plus nécessaire 5- Reportée				

ÉTAT DE LA PROGRESSION DES RÉSULTATS - *(REQUISE UNIQUEMENT POUR LE CODE DE REVUE DE PROGRÈS 3)*				
Codes de revue : ***Choisissez le code qui s'applique le mieux.***	**Code :**	**Date :**	**Initiales :**	**Commentaires :**
1- Revoir les résultats 2- Modifier les stratégies/activités 3- Changer de service				
4- Autre : _____				

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION IV - LES SERVICES D'INTERVENTION EN BAS AGE DE MON ENFANT

Services d'intervention en bas âge

Les services d'intervention en bas âge favorisent le développement de votre enfant et la capacité de votre famille à satisfaire ses besoins. Chaque service d'intervention en bas âge est un soutien à l'atteinte des résultats de votre enfant et de votre famille. Un formulaire distinct "Services d'intervention en bas âge" est rempli pour chaque service/soutien/cadre.

TYPE DE SERVICE	DESCRIPTION DU SERVICE				CADRE
	Nombre de séances	Fréquence	Intensité	Méthode	
Veuillez préciser s'il vous plaît :	❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ Autre : _____	❑ Quotidien ❑ Hebdomadaire ❑ Mensuel ❑ Annuel ❑ Une fois seulement ❑ Trimestriel ❑ Deux fois par année	*Nombre de minutes par séance :* ❑ 15 ❑ 30 ❑ 45 ❑ 50 ❑ 60 ❑ 90 ❑ 120 ❑ 180 ❑ 240 ❑ Autre : _____	❑ En groupe ❑ Individuel	❑ À la maison *(résidence principale de la famille de l'enfant ou des intervenants)* ❑ Cadre communautaire (Veuillez préciser s'il vous plaît) : _____ ❑ Autre (Veuillez préciser) : _____ Justification dans le cas d'un autre cadre : _____

Type de service		Cadre communautaire *(où l'on retrouve habituellement des enfants sans incapacités)*		Autres cadres *(Non communautaire ou au domicile)*
1. Audiologie 2. Counseling familial/ Formation 3. Santé 4. Médical (diagnostic & évaluation seulement) 5. Soins infirmiers 6. Nutrition 7. Ergothérapie 8. Physiothérapie	9. Psychothérapie 10. Soins de relève 11. Travail social 12. Instructions particulières 13. Séances d'orthophonie 14. Services liés à la vision 15. Autre	1. Centre de la petite enfance (incluant la garde en milieu familial) 2. Programme de pré-maternelle 3. École maternelle 4. Centre pour les tout-petits 5. Programme Head Start 6. Judy Center 7. Bibliothèque	8. Épicerie 9. Parc/Terrain de jeux 10. Restaurant 11. Centre communautaire/de loisirs 12. Lieu de travail de l'un des parents 13. Refuge 14. Autre	1. Centre d'intervention en bas âge/Classe pour enfants handicapés 2. Emplacement des fournisseurs de services (p. ex. patients externes, audiologiste) 3. Hôpital (patients hospitalisés) 4. Aménagements de la résidence 5. Autre

Responsabilité financière : Cochez ***une*** seule agence responsable du paiement des services.
❑ Système d'éducation local
❑ Département de la santé local
❑ Département local de services sociaux
❑ Autre (Veuillez préciser) : _____

Agence fournissant les soins de santé : Inscrivez le nom de l'agence fournissant le service. Employez les appellations standard en usage au sein de chaque agence.
_____
_____

Source de remboursement : Ne cochez ***une*** source de remboursement que lorsque l'agence désignée comme financièrement responsable a l'intention de demander un paiement pour ce service à une autre source.
❑ Aide médicale
❑ Autre (Veuillez préciser) : _____

Nom du fournisseur/No de téléphone : Inscrivez le nom et le no de téléphone de la personne fournissant le service.
_____
_____

Date prévisionnelle de révision du service : Inscrivez la date à laquelle le service devrait débuter.
_____
MM/DD/YY

Date prévisionnelle de révision du service : Inscrivez la date envisagée à laquelle le service sera révisé.
_____
MM/DD/YY

Durée envisagée : RInscrivez la période au cours de laquelle le service sera fourni.
_____
MM/YY

Date de fin des services : Inscrivez la date à laquelle le service se terminera.
_____
MM/DD/YY

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION IV (SUITE) - LES SERVICES D'INTERVENTION EN BAS ÂGE DE MON ENFANT

Services d'intervention en bas âge (suite)

APPAREILS ET AIDES TECHNIQUES

Mon enfant a-t-il besoin de services d'appareils ou d'aides techniques pour augmenter, maintenir ou améliorer ses capacités fonctionnelles? ❑ Oui ❑ Non

Types d'appareils et d'aides techniques. Cochez ***tout*** ce qui s'applique :

- ❑ Activités journalières
- ❑ Matériel informatique adaptatif
- ❑ Logiciel informatique adaptatif
- ❑ Aides à l'audition
- ❑ Appareils de communication augmentatifs et alternatifs (AAC)
- ❑ Appareils de contrôle de l'environnement (ECU)
- ❑ Aides de locomotion
- ❑ Aides au jeu, à la détente et aux loisirs
- ❑ Sièges et positionnements
- ❑ Transport/Dispositifs de sécurité
- ❑ Aides à la vision
- ❑ Autre _____

Fournisseur

Nom du fournisseur :	
Téléphone :	Courriel :

MOYENS DE TRANSPORT

Ce plan inclut-il les moyens de transport nécessaires pour permettre à mon enfant et/ou ma famille de bénéficier des services d'intervention en bas âge? ❑ Oui ❑ Non

Types de moyens de transport

- ❑ Parents (moyennant remboursement)
- ❑ Autobus scolaire
- ❑ Taxi
- ❑ Transports publics (remboursés)
- ❑ Autre (Veuillez préciser)_____

Ai-je besoin d'une aide de locomotion spécifique pour transporter mon enfant? ❑ Oui ❑ Non
Si ***OUI***, précisez le type d'appareil : _____

Fournisseur

Nom du fournisseur :	
Téléphone :	Courriel :

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION V - INTERFACES ENTRE SERVICES

Interfaces entre services

Les interfaces entre services de santé sont des services et du soutien communautaires créés pour favoriser le développement de votre enfant et la capacité de votre famille à satisfaire les besoins de tous. Un formulaire distinct "Interfaces entre services" est rempli pour chaque membre de la famille.

Des interfaces entre services sont fournies aux membres de la famille suivants. (Ne cochez qu'*UN* des éléments suivants.)

❑ Enfant admissible ❑ Fratrie ❑ Famille ❑ Parent/Tuteur ❑ Parenté

LES INTERFACES ENTRE SERVICES À FOURNIR (COCHEZ *TOUT* CE QUI S'APPLIQUE.)

Puériculture/ Enrichissement
- ❑ Avant/Après le service de garde
- ❑ Camps, jour/résidentiel
- ❑ Programme Head Start
- ❑ Garderie en milieu familial
- ❑ Soins de groupe
- ❑ Centres
- ❑ Garderie à domicile
- ❑ Programme de pré-maternelle
- ❑ Tutorat
- ❑ Autre _____

Aide financière
- ❑ Arrangements financiers exceptionnels
- ❑ Counseling financier
- ❑ Coupons pour la nourriture
- ❑ Assistance publique
- ❑ Revenu supplémentaire sécurisé (SSI)
- ❑ Autre _____

Counseling
- ❑ Adolescent
- ❑ Professionnel
- ❑ Familial
- ❑ Génétique
- ❑ Logement
- ❑ Couple
- ❑ Particulier
- ❑ Autre _____

Médical/Santé
- ❑ Evaluation
- ❑ Services dentaires
- ❑ Clinique de diagnostic/de conseils
- ❑ Equipement/Appareils
- ❑ Assurance maladie
- ❑ Soins de santé à domicile
- ❑ Hospitalisation
- ❑ Vaccinations
- ❑ Services en santé mentale
- ❑ Soins prénataux
- ❑ Médicament d'ordonnance
- ❑ Soins de santé primaires
- ❑ Dépistages
- ❑ Traitement de toxicomanie
- ❑ Opération
- ❑ Programme Women, Infants, and Children (WIC)
- ❑ Autre _____

Autre
- ❑ Cours aux adultes
- ❑ Centre de ressources local pour la petite enfance
- ❑ Centre d'aide à la famille
- ❑ Réseau local d'aide à la famille
- ❑ Réseau d'aide à la famille dans l'État _____
- ❑ Programme de visite à domicile (Veuillez préciser) :
- ❑ Logement
- ❑ Judy Center
- ❑ Services légaux
- ❑ Education des parents
- ❑ Indépendance du projet
- ❑ Programme d'activités récréatives
- ❑ Groupe de soutien
- ❑ Autre _____

FOURNISSEURS D'INTERFACES ENTRE SERVICES

Nom du fournisseur :	Nom du fournisseur :
Téléphone/courriel :	Téléphone/courriel :
Nom du fournisseur :	Nom du fournisseur :
Téléphone/courriel :	Téléphone/courriel :

STRATÉGIES POUR AIDER À PROCURER À LA FAMILLE LES INTERFACES ENTRE SERVICES DE SANTÉ

SOURCES DE PAIEMENT (Cochez tout ce qui s'applique.)	PERSONNES AIDANT À PROCURER LES INTERFACES ENTRE SERVICES	
❑ Organisme d'assurance maladie (OAM)	Nom :	Nom :
❑ Aide médicale		
❑ Sans frais	Titre :	Titre :
❑ Autre assurance maladie		
❑ Parent : paiement complet	Téléphone :	Téléphone :
❑ Parent : frais variable		
❑ Autre : _____	Courriel	Courriel

SECTION VI - AUTORISATION(S)

Autorisation(s)

CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR/SUBSTITUT

- Je/Nous avons eu l'occasion de participer à l'élaboration de ce Plan de services aux familles personnalisé (PSFP) et avons reçu l'avis de la rencontre dans un délai raisonnable.
- Je/Nous avons été informés de nos droits à titre de parents pour ce programme en recevant *le Parental Rights : Maryland*
- *Procedural Safeguards Notice* ainsi qu'un manuel destiné aux familles sur le système d'intervention en bas âge du Maryland.
- Les services d'intervention en bas âge seront fournis tel qu'ils sont décrits dans le PSFP. Je/Nous comprenons que le PSFP sera révisé au moins aux six (6) mois.
- Je/Nous comprenons que notre consentement est volontaire et que je/nous pouvons le refuser à tout moment.
- Je/Nous comprenons qu'aucun dossier ne sera communiqué sans notre consentement écrit et signé, sauf conformément aux clauses de la loi *Family Education Rights and Privacy (FERPA)*. Cette loi permet de transmettre des dossiers d'intervention en bas âge aux agences participant au système d'intervention.
- Je/Nous comprenons que l'agence publique soumettra des renseignements via une base de données accessible d'un bout à l'autre de l'État. Cette base de données sera utilisée par le Ministère de l'éducation de l'État du Maryland et par des agences gouvernementales, lorsque approprié, pour permettre le financement de programmes.
- Je/Nous avons été informés de la création de l'équipe du PSFP dans notre langue maternelle ou par un autre mode de communication.
- Ce plan reflète les résultats qui sont importants pour notre enfant et notre famille.
- Je/Nous comprenons le plan et nos droits de parents et donnons la permission de mettre en œuvre ce PSFP.

_____

Parent(s)/Tuteur/Substitut Signature ***Date***

AIDE MÉDICALE

- Je/Nous choisissons d'accepter la coordination de services pour la gestion des cas d'enfants handicapés. Je/Nous comprenons que l'objectif de ce service est d'aider à avoir accès à de l'aide médicale, sociale et éducative ainsi qu'à d'autres services nécessaires. Je/Nous comprenons que la continuation de ce service dépend de la satisfaction des exigences quant à l'admissibilité au service de coordination pour enfants handicapés [*COMAR* 10.09.40].
- Je/Nous comprenons que ce service ne restreint ni n'affecte l'admissibilité d'un participant à recevoir d'autres formes d'aide médicale. Je/Nous comprenons que nous sommes libres de choisir un gestionnaire de cas/coordonnateur de services pour notre enfant.
- Je/Nous donnons la permission à l'agence fournissant les services de récupérer les coûts de Medicaid pour la coordination de services et tout service relatif à la santé, en lien avec la poursuite des résultats de notre enfant. Je/Nous comprenons que si nous refusons l'accès aux fonds d'aide médicale à l'agence fournissant le service, ceci ne décharge pas l'agence de sa responsabilité d'assurer que tous les services requis sont fournis à notre enfant, sans frais pour notre famille.

_____ _____

Nom de l'enfant en lettres d'imprimerie ***No de l'aide médicale***

_____ _____

Parent(s)/Tuteur/Substitut Signature ***Date***

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION VII - RENSEIGNEMENTS SUR LA TRANSITION DE MON ENFANT

Partie A – Transition à l'âge de 3 ans

Transition à l'âge de 3 ans

DATE DE RENCONTRE POUR PLANIFIER LA TRANSITION _____

MOTIFS DU RETARD DE LA RENCONTRE

Si la rencontre de planification de la transition **a lieu après que l'enfant ait eu 33 mois**, cochez un élément ci-dessous fournissant une explication. *(Ne cochez qu'un des éléments suivants.)*

- ❑ Les tentatives pour contacter la famille ont échoué.
- ❑ L'enfant a été référé alors qu'il avait 31,5 mois ou plus.
- ❑ La famille a demandé de changer l'horaire ou de reporter la rencontre.
- ❑ Autre _____

Si la rencontre de planification de la transition **n'a pas eu lieu avant que l'enfant ait célébré son 3e anniversaire**, cochez un élément ci-dessous fournissant une explication. *(Ne cochez qu'un des éléments suivants.)*

- ❑ Les tentatives pour contacter la famille ont échoué.
- ❑ L'enfant a été référé alors qu'il avait 34,5 mois ou plus.
- ❑ La famille a refusé de participer à la rencontre.
- ❑ Autre : _____

ETUDE DE L'ADMISSIBILITÉ À L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE EN PRÉ-MATERNELLE ET AUX SERVICES CONNEXES (PARTIE B)

❑ **Les parents désirent considérer l'admissibilité à la Partie B.** ❑ **Les parents NE désirent PAS considérer l'admissibilité à la Partie B.**

SERVICES COMMUNAUTAIRES

La famille est-elle dirigée vers des services communautaires? ❑ Oui ❑ Non **Si *OUI*, cochez les services pertinents.**

Développement/Médical/Santé :

- ❑ Thérapies du développement (autres que les Parties C et B)
- ❑ Equipement/Appareils
- ❑ Soins de santé à domicile
- ❑ Vaccins
- ❑ Services en santé mentale
- ❑ Soins de santé primaires
- ❑ Programme Women, Infants, and Children (WIC)

Puériculture/Enrichissement

- ❑ Camps
- ❑ Garde en milieu familial
- ❑ Soins de groupe
- ❑ Programme de cours Even Start
- ❑ Programme Head Start
- ❑ Garderie
- ❑ Programme de pré-maternelle
  - __Public
  - __Privé
- ❑ Programme d'activités récréatives
- ❑ Judy Center
- ❑ Education à domicile pour les parents
- ❑ d'enfants d'âge préscolaire (*HIPPY*)

Soutien familial

- ❑ Centre d'aide à la famille
- ❑ Programme de visite à domicile (Veuillez préciser) _____
- ❑ Education des parents
- ❑ Groupe de soutien
- ❑ Autre : _____

Autres services communautaires :

_____

_____

_____

NOTES ET ÉTAPES ULTÉRIEURES - RENCONTRE DE PLANIFICATION DE TRANSITION

Activités	Plans d'action	Responsable(s)

RÉSULTATS DE LA 1RE RENCONTRE DE DÉTERMINATION À L'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME D'ÉDUCATION INDIVIDUEL/PEI (DOIT ÊTRE REMPLI PAR DU PERSONNEL EN ÉDUCATION SPÉCIALISÉE)

PERSONNEL EN ÉDUCATION SPÉCIALISÉE : Remplir cette section et la soumettre à la Saisie de données Partie C **immédiatement après** la première rencontre de détermination à l'admissibilité au PEI. *Cochez l'énoncé qui indique les résultats de la première rencontre de détermination à l'admissibilité au PEI.*

❑ L'enfant est considéré **ADMISSIBLE** aux services continus via un PSFP *ou* à l'éducation spécialisée en pré-maternelle et aux services connexes via un PEI.

❑ L'enfant est considéré comme **N'AYANT PAS DROIT** aux services continus via un PSFP *ou* à l'éducation spécialisée en pré-maternelle et aux services connexes via un PEI.

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION VII - RENSEIGNEMENTS SUR LA TRANSITION DE MON ENFANT

Partie B – Transition après l'âge de 3 ans

Transition après l'âge de 3 ans

PRISE EN CONSIDÉRATION DE L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE ET DES SERVICES CONNEXES (PARTIE B)

Avant l'âge d'être en classe maternelle

- ❑ Les parents désirent considérer l'éducation spécialisée en pré-maternelle et les services connexes via un PEI.
- ❑ Les parents **ne** désirent **pas** considérer l'éducation spécialisée en pré-maternelle et les services connexes via un PEI.

En âge d'être en classe maternelle

- ❑ Les parents désirent considérer l'éducation spécialisée et les services connexes via un PEI.
- ❑ Les parents **ne désirent pas** considérer l'éducation spécialisée et les services connexes via un PEI.

SERVICES COMMUNAUTAIRES

La famille est-elle dirigée vers des services communautaires? ❑ Oui ❑ Non **Si *OUI*, cochez les services pertinents.**

Développement/Médical/Santé :

- ❑ Thérapies du développement (autres que les Parties C et B)
- ❑ Equipement/Appareils
- ❑ Soins de santé à domicile
- ❑ Vaccins
- ❑ Services en santé mentale
- ❑ Soins de santé primaires
- ❑ Programme Women, Infants, and Children (WIC)

Puériculture/Enrichissement

- ❑ Camps
- ❑ Garde en milieu familial
- ❑ Soins de groupe
- ❑ Programme de cours Even Start
- ❑ Programme Head Start
- ❑ Garderie
- ❑ Programme de pré-maternelle
  - __ Public
  - __ Privé
- ❑ Programme d'activités récréatives
- ❑ Judy Center
- ❑ Education à domicile pour les parents
- ❑ d'enfants d'âge préscolaire (*HIPPY*)

Soutien familial

- ❑ Centre d'aide à la famille
- ❑ Programme de visite à domicile (Veuillez préciser) _____
- ❑ Education des parents
- ❑ Groupe de soutien
- ❑ Autre : _____

Autres services communautaires :

_____

_____

_____

NOTES DE RENCONTRE/ÉTAPES ULTÉRIEURES

Activités	Plans d'action	Responsable(s)

RÉSULTATS DE LA RENCONTRE DE DÉTERMINATION À L'ADMISSIBILITÉ AU PEI *(DOIT ÊTRE REMPLI PAR DU PERSONNEL EN ÉDUCATION SPÉCIALISÉE)*

PERSONNEL EN EDUCATION SPÉCIALISÉE : Remplir cette section et la soumettre à la saisie de données Partie C **immédiatement après** la rencontre de détermination à l'admissibilité au PEI. *Cochez l'énoncé qui indique les résultats de la rencontre de détermination à l'admissibilité au PEI.*

- ❑ L'enfant est considéré **ADMISSIBLE** à l'éducation spécialisée et aux services connexes via un PEI.
- ❑ L'enfant est considéré comme **N'AYANT PAS DROIT** à l'éducation spécialisée et aux services connexes via un PEI.

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

SECTION VIII - CONSENTEMENT PARENTAL *(À l'âge de 3 ans ou avant)*

Choix de la famille : Consentement quant à la poursuite ou Demande de cessation des services PSFP

Les familles ont un choix

- Je/Nous avons reçu un exemplaire de la publication annuelle *"Guide aux familles - Prochaines étapes lorsque votre enfant en intervention en bas âge atteint l'âge de 3 ans – Les familles ont un choix."*
- Je/Nous avons été informés des différences entre les services d'intervention en bas âge fournis via un Plan de services aux familles personnalisé (PSFP) conformément à la Loi sur l'éducation aux personnes handicapées (*IDEA*) et les services d'éducation spécialisée en pré-maternelle fournis via un Programme d'éducation individuel (PEI) selon la *IDEA*.
- Je/Nous comprenons que notre enfant a actuellement un PSFP et que notre enfant a été considéré admissible à l'éducation spécialisée en pré-maternelle en tant qu'enfant handicapé selon la *IDEA*.
- Je/Nous avons été informés de notre droit de choisir entre l'option du PSFP de continuer à bénéficier des services d'intervention en bas âge via un PSFP ou de débuter l'éducation spécialisée en pré-maternelle via un PEI.
- Je/Nous comprenons que si nous faisons le choix pour notre enfant de bénéficier des services via un PEI et de mettre fin aux services du PSFP, notre enfant et notre famille ne seront plus admissibles à un PSFP.
- Je/Nous comprenons que si nous faisons le choix pour notre enfant de bénéficier des services via un PSFP, nous pouvons à tout moment mettre fin à notre participation aux services d'intervention en bas âge fournis via un PSFP et choisir de débuter les services d'éducation spécialisée en pré-maternelle via un PEI.
- Je/Nous comprenons qu'il est exigé de l'agence de référence locale qu'elle continue de fournir les services PSFP conformément à l'option de prolongation PSFP jusqu'à la date à laquelle débutent les services fournis via un PEI. Toutefois si je/nous choisissons l'option du PEI mais refusons les services d'éducation spécialisée offerts et les services connexes du PEI élaboré par l'équipe PEI, je/nous comprenons que les services du PSFP prendront fin.
- Je/Nous comprenons que notre consentement à l'égard de la continuation des services du PSFP est volontaire et que je/nous pouvons le refuser à tout moment.

CHOIX DE LA FAMILLE

Ne cochez qu'UNE des cases suivantes.

❑ Je/Nous consentons à ce que **continuent** les services d'intervention en bas âge pour notre enfant et famille via un PSFP, après que notre enfant ait atteint l'âge de trois ans.

❑ Je/Nous demandons que **prennent fin** les services d'intervention en bas âge pour notre enfant et famille via un PSFP lorsque notre enfant aura trois ans.

Parent(s)/Tuteur/Substitut Signature		*Date*
Coordonnateur de service		*Date*
Autre participant	*Agence/Titre*	*Date*
Autre participant	*Agence/Titre*	*Date*

Nom de l'enfant :	Numéro d'identification :	Date de la rencontre PSFP :

Plan de services aux familles personnalisé (PSFP)
FORMULAIRE D'AJOUT/CHANGEMENT

Révision du PSFP

CHANGEMENTS DANS LES RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT ET SA FAMILLE

(Des changements apportés aux informations démographiques NE nécessitent pas la signature d'un parent.)

Renseignements sur l'enfant :

Nom de l'enfant : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____

Date de naissance : _____

Aide médicale # : _____

Renseignements sur la famille :

Nom : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Lien de parenté avec l'enfant : _____

Renseignements sur le coordonnateur de services :

Nom de l'enfant : _____

Agence : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

RÉVISION DU PSFP

Types de révision : Ne choisir qu'***un*** élément.

Date de la rencontre : _____

- ❏ Semestrielle
- ❏ Annuelle
- ❏ À la demande du fournisseur
- ❏ À la demande du parent
- ❏ À la demande du parent/fournisseur

Statut de la révision : Ne choisir qu'***un*** élément.

- ❏ Continuer le PSFP
- ❏ Modifier le PSFP
  - ☐ Ajout de services
  - ☐ Modification des services
  - ☐ Fin des services
  - ☐ Ajouter/Modifier les résultats souhaités
- ❏ Mettre fin au PSFP *(si choisi, prière de remplir la section "Motifs expliquant le statut Inactif" ci-dessous.)*

Motifs expliquant le statut Inactif : Ne choisir qu'***un*** élément.
Date d'entrée en inactivité : _____

- ❏ Les tentatives pour entrer en contact ont échoué *(de la naissance à l'âge d'entrée en maternelle)*
- ❏ PSFP achevé avant d'atteindre trois ans *(Naissance à 3 ans)*
- ❏ Décédé *(Naissance à l'âge d'entrée en maternelle)*
- ❏ Considéré non-admissible (***Note :*** Cet enfant n'a jamais été admissible.) *(Naissance à 3 ans)*
- ❏ A quitté l'État *(Naissance à l'âge d'entrée en maternelle)*
- ❏ A déménagé au sein d'une autre collectivité publique *(Naissance à l'âge d'entrée en maternelle)*
  Nom de la collectivité : _____
- ❏ Retrait des parents *(Naissance à l'âge d'entrée en maternelle)*
- ❏ Transition à 3 ans (pas de passage à un PSFP) *(Naissance à 3 ans)*
- ❏ PSFP achevé avant d'atteindre l'âge d'entrée en maternelle *(3 ans à l'âge d'entrée en maternelle)*
- ❏ Transition après 3 ans *(3 ans à l'âge d'entrée en maternelle)*

Je/Nous avons reçu dans un délai raisonnable la révision de ce PSFP. Je/Nous avons eu l'occasion de participer à la révision de ce PSFP. Je/Nous avons été informés de nos droits à titre de parents par le *Parental Rights : Maryland Procedural Safeguards Notice* et avons donné la permission au programme d'intervention en bas âge de mettre en place les éléments du PSFP, basé sur cette révision.

_____
Parent(s)/Tuteur/Substitut Signature ***Date***

_____
Coordonnateur de service ***Date***

_____
Autre participant ***Agence/Titre*** ***Date***

_____
Autre participant ***Agence/Titre*** ***Date***