Polish

DEPARTAMENT OŚWIATY STANU MARYLAND – WYDZIAŁ EDUKACJI SPECJALNEJ/ŚWIADCZEŃ WCZESNEJ INTERWENCJI

PROGRAM STANU MARYLAND DLA NIEMOWLĄT I MAŁYCH DZIECI

Zindywidualizowany plan pomocy rodzinie (IFSP)

Data skierowania:	Data spotkania w sprawie IFSP:	Rodzaj spotkania w sprawie IFSP: ❑ Doraźne ❑ Wstępne ❑ Ocena roczna

INFORMACJI NA TEMAT DZIECKA I RODZINY

Imię (imiona) i nazwisko dziecka:		
Data urodzenia:	Numer identyfikacyjny:	Numer MA:
Adres:		Tel. domowy:
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna/rodzica zastępczego:		
Adres:		Tel. domowy:
Adres:		Tel. do pracy:
E-mail:		Tel. komórkowy:
Kontakt w godzinach:	Kontakt drogą: ❑ Tel. domowy: ❑ Tel. do pracy: ❑ Tel. komórkowy: ❑ E-mail	

Podpisy członków zespołu

Każda instytucja lub osoba, która pełni bezpośrednią rolę w zapewnianiu świadczeń wczesnej interwencji odpowiedzialna jest za udzielanie pomocy uprawnionemu dziecku i jego rodzinie w zakresie osiągania celów niniejszego IFSP.

Koordynator świadczeń	*Data*	*Oceniający/biegły* *(lub osoba zaangażowana w innym charakterze, odpowiednio)*		*Data*
Doraźny/zastępczy koordynator świadczeń	*Data*	*Inny uczestnik*	*Instytucja/tytuł*	*Data*
Przedstawiciel instytucji wiodącej	*Data*	*Inny uczestnik*	*Instytucja/tytuł*	*Data*
Rodzic/opiekun/rodzic zastępczy	*Data*	*Inny uczestnik*	*Instytucja/tytuł*	*Data*

Informacje na temat koordynatora świadczeń

W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących niniejszego IFSP lub osób prowadzących zajęcia z twoim dzieckiem i rodziną należy skontaktować się w właściwym koordynatorem świadczeń.

Imię i nazwisko koordynatora świadczeń:	
Instytucja:	
Adres:	
Tel. do pracy:	E-mail:

Planowane daty spotkań w sprawie IFSP

Planowana data **Półrocznego przeglądu IFSP:**
Planowana data **Rocznego przeglądu IFSP:**
Planowany okres **Spotkania w prawie planowania zmiany:**

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ I – INFORMACJE NA TEMAT ROZWOJU MOJEGO DZIECKA

Sekcja A – Informacje o stanie zdrowia dziecka

Ogólny stan zdrowia

Jaki był wiek ciąży w momencie porodu? _____ tygodni _____ dni

Jaka była waga urodzeniowa dziecka? _____ funtów _____ uncji LUB _____ gramów

Nazwisko lekarza pierwszego kontaktu lub innego lekarza sprawującego opiekę	Tel.:

SZCZEPIENIA OCHRONNE

Czy posiadasz książeczkę (rejestr) szczepień dziecka? ❑ Tak ❑ Nie
*Jeżeli **NIE**, prosimy o wskazanie działań, jakie zostaną podjęte w celu uzyskania takiej książeczki (rejestru).*

Czy książeczka (rejestr) szczepień zawiera informacje o odbytych przez dziecko szczepieniach, wymaganych w danym wieku chronologicznym? ❑ Tak ❑ Nie
Jeżeli **NIE**, prosimy o wskazanie działań, jakie zostaną podjęte w celu uzupełnienia niezbędnych szczepień.

Prosimy o wskazanie szczepień odbytych przez dziecko (*szczepienia, których nazwy **WYTŁUSZCZONO** są wymagane w szkołach publicznych):*
❑ **DTaP/DT** ❑ **Polio** ❑ **Hib** ❑ **HepB** ❑ **PCV7** ❑ Rotavirus ❑ MCV4 ❑ Hep A ❑ **MMR** ❑ **Varicella**

Prosimy o wskazanie niezbędnych szczepień *(szczepienia, których nazwy* **WYTŁUSZCZONO** *są wymagane w szkołach publicznych:*
❑ **DTaP/DT** ❑ **Polio** ❑ **Hib** ❑ **HepB** ❑ **PCV7** ❑ Rotavirus ❑ MCV4 ❑ Hep A ❑ **MMR** ❑ **Varicella**

KONTROLA/BADANIE POZIOMU OŁOWIU

Czy twoje dziecko było badane pod kątem poziomu ołowiu? ❑ Tak ❑ Nie *Jeżeli **TAK***, jaki był wynik badania? _____
Czy poziom ołowiu u twojego dziecka jest niepokojący ❑ Tak ❑ Nie *Jeżeli **TAK**,* prosimy o wyjaśnienie._____
_____

ODŻYWIANIE

Czy istnieją jakiekolwiek niepokojące kwestie związane z odżywianiem, jedzeniem lub wzrostem dziecka? ❑ Tak ❑ Nie
*Jeżeli **TAK**, prosimy o wyjaśnienie.*

NIEPOKOJĄCE KWESTIE ZWIĄZANE Z OGÓLNYM STANEM ZDROWIA

Czy istnieją jakiekolwiek kwestie zdrowotne (specjalny sprzęt, alergie, inne informacje na temat stanu psychicznego lub fizycznego), o których zespół powinien wiedzieć, aby lepiej planować i zapewniać świadczenia twojemu dziecku i rodzinie?

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ I – INFORMACJE NA TEMAT ROZWOJU MOJEGO DZIECKA

Sekcja B – Bieżące poziomy rozwoju

Rodzaj oceny:	❑ Wstępna ❑ Doraźna (od urodzenia do lat 3) ❑ Wyjściowa (od urodzenia to 3) ❑ Tymczasowa (od lat 3 do wieku przedszkolnego) ❑ Wyjściowa (od lat 3 do wieku przedszkolnego)

Bieżące poziomy rozwoju

Obszar		Data badania (DD/MM/RR)	Nazwa instrumentów badawczych	Wiek chronologiczny	Wiek/ Przedział wieku	Opis jakościowy
Rozwój poznawczy	**Rozwój poznawczy** (zabawa, myślenie i poznawanie)					
Komunikacja	**Komunikacja** (Rozumienie innych oraz wyrażanie swoich myśli)					
Rozwój społeczny lub emocjonalny	**Rozwój społeczny lub emocjonalny** (Emocje, uczucia, interakcja z innymi)					
Adaptacja	**Adaptacja** (jedzenie, picie, toaleta, wykonywanie czynności osobistych)					
Rozwój fizyczny	**Duża motoryka** (poruszanie ciałem w celu zmiany pozycji lub miejsca)					
	Mała motoryka (używanie rąk do zabawy, karmienie i inne czynności)					
	Słuch	Czy dziecko zostało objęte przesiewowym badaniem słuchu u noworodków? ❑ Tak ❑ Nie ❑ Nie dotyczy Czy dziecko przeszło pełne badanie audiologa? ❑ Tak ❑ Nie Czy istnieją inne problemy ze słuchem u dziecka? ❑ Tak ❑ Nie Wyniki badania/obserwacji:				
	Wzrok	Czy dziecko przeszło badanie wzroku? ❑ Tak ❑ Nie Czy istnieją jakiekolwiek problemy ze wzrokiem dziecka ❑ Tak ❑ Nie Wyniki badania/obserwacji:				

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ I – INFORMACJE NA TEMAT ROZWOJU MOJEGO DZIECKA

Sekcja C – Uprawnienia do objęcia świadczeniami wczesnej interwencji

Uprawnienia

Twoje dziecko kwalifikuje się do objęcia świadczeniami wczesnej interwencji na podstawie wyników badań. Uprawnienie uzasadnione jest w przypadku zaznaczenia JEDNEJ z poniższej kategorii.

❑ CO NAJMNIEJ 25% OPÓŹNIENIE W ROZWOJU

Moje dziecko kwalifikuje się do objęcia świadczeniami wczesnej interwencji, ponieważ wykazuje co najmniej 25% opóźnienie w co najmniej jednym z poniższych obszarów rozwoju. **Zaznaczyć odpowiednio**:

❑ Rozwój poznawczy ❑ Komunikacja ❑ Rozwój społeczny lub emocjonalny ❑ Adaptacja
❑ Rozwój fizyczny: ___ Mała motoryka ___ Duża motoryka

❑ TYPOWY ROZWÓJ LUB ZACHOWANIE

Moje dziecko kwalifikuje się do objęcia świadczeniami wczesnej interwencji, ponieważ charakteryzuje je typowy rozwój lub wykazuje typowe zachowanie w co najmniej jednym z poniższych obszarów, co prawdopodobnie wskazuje na jego opóźnienie w rozwoju. **Zaznaczyć odpowiednio**:

❑ Rozwój poznawczy ❑ Komunikacja ❑ Rozwój społeczny lub emocjonalny ❑ Adaptacja
❑ Rozwój fizyczny: ___ Mała motoryka ___ Duża motoryka

❑ ZDIAGNOZOWANE STANY FIZYCZNE LUB PSYCHICZNE WSKAZUJĄCE NA DUŻE PRAWDOPODOBIEŃSTWO OPÓŹNIENIA W ROZWOJU

Moje dziecko kwalifikuje się do objęcia świadczeniami wczesnej interwencji, ponieważ zdiagnozowano u niego stan fizyczny lub psychiczny, który prawdopodobnie wskazuje na jego opóźnienie w rozwoju. Lista poniższa nie jest wyczerpująca. **Zaznaczyć odpowiednio**:

❑ Zaburzenia chromosomalne: ___ Zespół Downa ___ Inne: _____
❑ Przewlekła choroba płuc(CLD)
❑ Wrodzone zakażenie wykazujące symptomy (np. HIV)
❑ Wrodzone błędy metabolizmu związane z CNS (np. choroba syropu klonowego oraz galaktozemia)
❑ Niemowlęta dotknięte skutkami działania alkoholu na płód w okresie prenatalnym (np. alkoholowy zespół płodowy)
❑ Niemowlęta narażone na działanie narkotyków w okresie płodowym, wymagające leczenia lub wykazujące oznaki wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu
❑ Krwawienia dokomorowe – stopnie III i IV
❑ Zatrucie ołowiem, z poziomem ołowiu 20 ug/dL lub wyższym
❑ Umiarkowana do głębokiej encefalopatia wynikająca z uszkodzenia mózgu
❑ Zaburzenia neurodegeneracyjne zapoczątkowane w wielu niemowlęcym i okresie wczesnodziecięcym (np. adrenoleukodystrofia, choroba Taya Sachsa)
❑ Okołokomorowe rozmięknienie istoty białej (PVL)
❑ Wcześniactwo z wagą urodzeniową nieprzekraczającą 1200 gramów (2 lbs. 10 oz.)
❑ Padaczka w przypadku częstych ataków lub ataków trudnych do kontroli, uwarunkowana często uszkodzeniem funkcji poznawczych (np. drgawki niemowlęce)
❑ Uszkodzenia narządów zmysłów
  ☐ Ślepota lub niedowidzenie
  ☐ Głuchota lub niedosłyszenie
❑ Poważne wrodzone zniekształcenia (np. przepuklina oponowo-rdzeniowa oraz wodogłowie wrodzone)
❑ Martwicze zapalenie jelit (NEC)
❑ Inne: _____
❑ Inne: _____
❑ Inne: _____

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ I – INFORMACJE NA TEMAT ROZWOJU MOJEGO DZIECKA

Sekcja D – Mocne strony i potrzeby

Mocne strony i potrzeby

Opis mocnych stron i potrzeb twojego dziecka dostarcza informacji istotnych dla planowania świadczeń wczesnej interwencji, które będą wsparciem w opracowywaniu celów dla dziecka i rodziny.

MOCNE STRONY MOJEGO DZIECKA	POTRZEBY MOJEGO DZIECKA
Co lubi robić moje dziecko? Co moje dziecko robi dobrze?	Co stanowi wyzwanie dla mojego dziecka? Czego moje dziecko nie umie jeszcze robić?

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ II – INFORMACJE NA TEMAT MOJEJ RODZINY

Sekcja A – Problemy, priorytety i zasoby

Problemy, priorytety i zasoby

W celu zapewnienia jak najlepszego wsparcia twojemu dziecku i rodzinie pomocna będzie wiedza na temat kwestii i problemów ważnych dla twojej rodziny. Problemy, priorytety i zasoby twojej rodziny będą stanowić podstawę opracowania celów oraz określenia strategii i czynności, koniecznych do zaspokojenia potrzeb twojego dziecka i całej rodziny. Tylko od ciebie zależy, jakie informacje znajdą się w tej sekcji.

PROBLEMY MOJEJ RODZINY	PRIORYTETY MOJEJ RODZINY	ZASOBY MOJEJ RODZINY
Problemy dotyczące zdrowia i rozwoju mojego dziecka. Informacje, zasoby, wsparcie, jakich potrzebuję lub chciałbym uzyskać dla mojego dziecka i/lub rodziny.	Moje nadzieje i marzenia związane z dzieckiem. Najważniejsze kwestie dla mojego dziecka i/lub rodziny w chwili obecnej.	Zasoby, jakie moje dziecko/moja rodzina posiada, będące wsparciem, włącznie z ludźmi, czynnościami, programami/ organizacjami.

❒ Informacje niniejsze zostały zgromadzone na podstawie badania skierowanego do rodzony, wykorzystującego: **Zaznaczyć odpowiednio**:

- ❏ Opracowane lokalnie narzędzie do przeprowadzania wywiadu rodzinnego
- ❏ Wywiad na temat czynności rutynowych (RBI)
- ❏ Kwestionariusz: wiek i etapy (ASQ)
- ❏ Inne narzędzia/metody: _____

❒ Rodzina zrezygnowała z badania skierowanego do rodziny

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ II – INFORMACJE NA TEMAT MOJEJ RODZINY

Sekcja B – Środowisko naturalne

Czynności rutynowe w środowisku naturalnym

Świadczenia wczesnej interwencji zapewniane są w środowisku naturalnym dziecka. Środowisko naturalne to miejsce, w którym dziecko i cała rodzina spędzają czas, takie jak dom, program opieki nad dzieckiem lub inne miejsce spotkań społeczności. W środowisku naturalnym rozwijające się typowo dzieci bawią się i uczą. Poniższe informacje pomogą nam określić środowiska naturalne, w których twoje dziecko i cała rodzina będą otrzymywać świadczenia wczesnej interwencji.

Gdzie spędza czas twoje dziecko/rodzina? Zaznacz odpowiednio:

❏ Dom	❏ Program Early Head Start/Head Start	❏ Ośrodki wsparcia rodziny
❏ Ośrodek opieki nad dzieckiem	❏ Biblioteka	❏ Miejsce zatrudnienia rodzica
❏ Miejsce spotkań religijnych	❏ Dom członka rodziny	❏ Przytułek
❏ Rodzinna placówka opiekuńcza	❏ Grupa zabaw dla małych dzieci	❏ Inne: _____
	❏ Ośrodek Judy Center	

Co jako rodzina lubicie robić?

Czy jest coś, co chcielibyście robić w gronie rodzinnym, ale w tej chwili nie możecie?

Czy niektóre z rutynowych czynności stanowią wyzwanie? Czy są inne czynności, jakie rodzina chciałaby wykonywać?

Jakie przeszkody uniemożliwiają twojemu dziecku i rodzinie uczestniczenie w codziennych rutynowych czynnościach?

Jak najlepiej program może wspierać twoją rodzinę w jej dążeniu do poprawy i tworzenia ważnych czynności rutynowych?

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ III – CELE MOJEGO DZIECKA/MOJEJ RODZINY ZWIĄZANE Z ROZWOJEM MOJEGO DZIECKA

Cele dziecka i rodziny

W oparciu o informacje na temat bieżących poziomów rozwoju twojego dziecka oraz wspólnych raportów, mocnych stron i potrzeb dziecka, problemów, priorytetów oraz zasobów rodziny, a także codziennych rutynowych czynności, niniejszy plan określa niezbędne do podjęcia kroki. Należy omówić najważniejsze wyniki, których osiągnięcie spodziewane jest w przypadku dziecka i/lub rodziny, włączenie ze szczególnymi umiejętnościami i kontekstem. Odrębny formularz: „Cele dziecka i rodziny" wypełniany jest dla każdego celu. Należy omówić najważniejsze wyniki, których osiągnięcie spodziewane jest w przypadku dziecka i/lub rodziny, włączenie ze szczególnymi umiejętnościami i kontekstem. Odrębny formularz: „Cele dziecka i rodziny" wypełniany jest dla każdego celu.

CEL	STRATEGIE/CZYNNOŚCI/ MOŻLIWOŚCI NAUKI	KRYTERIA MIERZALNE
Jaki cel chciałbyś zrealizować?	Jakie kroki należy podjąć w celu umożliwienia osiągnięcia priorytetowych celów?	Skąd wiadomo, że cel został osiągnięty?

PRZEDZIAŁ CZASOWY	

UCZESTNICY - *Kto będzie zaangażowany?*		
Imię i nazwisko:	Stanowisko:	Tel./E-mail:
Imię i nazwisko:	Stanowisko:	Tel./E-mail:
Imię i nazwisko:	Stanowisko:	Tel./E-mail:
Imię i nazwisko:	Stanowisko:	Tel./E-mail:

PRZEGLĄD POSTĘPU W OSIĄGANIU CELÓW				
Kody przeglądu: *Należy wybrać najbardziej adekwatny:*	**Kod:**	**Data:**	**Inicjały:**	**Uwagi:**
1- Cel osiągnięty – *Udało nam się!* 2- W trakcie – *Robimy postępy* 3- Wymaga dopracowania – *Wprowadźmy poprawki*				
4- Niepotrzebny 5- Przełożony na później				

REAKCJA NA POSTĘP W OSIĄGANIU CELÓW - *(WYMAGANE WYŁĄCZENIE W PRZYPADKU ZAZNACZENIA KODU PRZEGLĄDU 3)*				
Kody przeglądu: *Należy wybrać najbardziej adekwatny kod.*	**Kod:**	**Data:**	**Inicjały:**	**Uwagi:**
1- Poprawić wynik 2- Zmienić strategie/czynności 3- Zmienić świadczenie				
4- Inne: _____				

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ IV – ŚWIADCZENIA WCZESNEJ INTERWENCJI ZAPEWNIANE MOJEMU DZIECKU

Świadczenia wczesnej interwencji

Świadczenia wczesnej interwencji poprawiają rozwój twojego dziecka oraz możliwości rodziny związane z zaspokajaniem jego potrzeb. Każde świadczenie wczesnej interwencji wspiera indywidualne cele stawiane dziecku i rodzinie. Odrębny formularz „Świadczenia wczesnej interwencji" wypełniany jest dla każdego świadczenia/wsparcia/miejsca.

RODZAJ ŚWIADCZENIA	OPIS ŚWIADCZENIA				MIEJSCE
	Liczba sesji	Częstotliwość	Intensywność	Metoda	
Należy określić:	❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ Inna liczba: _____	❑ Codziennie ❑ Co tydzień ❑ Co miesiąc ❑ Co rok ❑ Tylko raz ❑ Kwartalnie ❑ Co pół roku	*Czas trwania sesji w minutach:* ❑ 15 ❑ 30 ❑ 45 ❑ 50 ❑ 60 ❑ 90 ❑ 120 ❑ 180 ❑ 240 ❑ Inny: _____	❑ Grupowa ❑ Indywidualna	❑ Dom *(Główna siedziba rodziny lub opiekunów dziecka)* ❑ Miejsce użyteczności publicznej *(Należy określić)*: _____ ❑ Inne *(Należy określić)*: _____ Uzasadnienie wyboru innego miejsca: _____

Rodzaj świadczenia		Miejsca użyteczności publicznej *(Zwykle dla dzieci bez niepełnosprawności)*		Inne miejsca *(Inne niż związane z domem lub społecznością)*
1. Badania audiologiczne 2. Poradnia rodzinna/ Szkolenia 3. Zdrowotne 4. Medyczne (diagnostyka & wyłącznie badanie) 5. Opieka pielęgniarska 6. Odżywianie 7. Terapia zajęciowa	8. Fizjoterapia 9. Psychoterapia 10. Opieka zastępcza 11. Praca społeczna 12. Specjalne instrukcje 13. Terapia mowy/języka 14. Świadczenia związane ze wzrokiem 15. Inne	1. Ośrodek opieki nad dzieckiem (włącznie z rodzinnymi ośrodkami opieki dziennej) 2. Program przedszkolny 3. Standardowy żłobek 4. Placówka dla małych dzieci 5. Program Early Head Start/Head Start 6. Ośrodek Judy Center	7. Biblioteka 8. Sklep spożywczy 9. Park/plac zabaw 10. Restauracja 11. Centrum danej społeczności/ rekreacji 12. Miejsce zatrudnienia rodziców 13. Przytułek 14. Inne	1. Ośrodek wczesnej interwencji/klasa dla dzieci z niepełnosprawnością 2. Miejsce zapewniającego świadczenia (np. ambulatorium, gabinet audiologiczny) 3. Szpital (w przypadku hospitalizacji) 4. Ośrodek specjalny 5. Inne

Odpowiedzialność finansowa: Zaznaczyć **jedną** instytucję odpowiedzialną za świadczenia.

❑ Lokalny System Szkolnictwa
❑ Lokalny Departament Zdrowia
❑
❑ Inne (należy określić, jakie): _____

Instytucja zapewniająca świadczenia: Należy wpisać nazwę instytucji zapewniającej świadczenie. Należy użyć standardowych określeń dla każdej instytucji.

_____

_____

Źródło zwrotu: Zaznaczyć jedno źródło zwrotu, jeżeli instytucja wskazana jako odpowiedzialna finansowo zamierza ubiegać się o pokrycie kosztu świadczenia z innego źródła.

❑ Pomoc medyczna
❑ Inne (Należy określić): _____

Nazwa instytucji/Nr telefonu: Wpisać nazwę i nr telefonu osoby zapewniającej świadczenia.

_____

_____

Planowana data rozpoczęcia świadczenia: Należy wpisać datę planowanego rozpoczęcia świadczenia.

_____
DD/MM/RR

Planowana data przeglądu świadczenia: Należy wpisać datę planowanego przeglądu świadczenia.

_____
DD/MM/RR

Planowany czas trwania świadczenia: Należy wpisać jak długo świadczenie będzie zapewniane.

_____
MM/RR

Data zakończenia świadczenia: Należy wpisać datę zakończenia świadczenia

_____
DD/MM/RR

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ IV CIĄG DALSZY – ŚWIADCZENIA WCZESNEJ INTERWENCJI ZAPEWNIANE MOJEMU DZIECKU

Świadczenia wczesnej interwencji (ciąg dalszy)

TECHNOLOGIA WSPOMAGAJĄCA

Czy moje dziecko wymaga objęcia świadczeniami wymagającymi zastosowania technologii wspomagającej w celu poprawienia jego możliwości funkcjonowania? ❑ Tak ❑ Nie

Rodzaj technologii wspomagającej. Zaznaczyć *wszystkie* właściwe:

- ❑ Codzienne czynności (ADL)
- ❑ Dodatkowy sprzęt komputerowy
- ❑ Dodatkowe oprogramowanie komputerowe
- ❑ Aparaty słuchowe
- ❑ Urządzenia wspomagające i alternatywne do porozumiewania się (AAC)
- ❑ Jednostki kontroli środowiskowej (ECU)
- ❑ Urządzenia umożliwiające poruszanie się
- ❑ Pomoce do zabawy, rekreacji oraz spędzania czasu wolnego
- ❑ Urządzenia do sadzania i ustawiania w odpowiedniej pozycji
- ❑ Urządzenia do przemieszczania się/zapewnienia bezpieczeństwa
- ❑ Urządzenia wspierające widzenie
- ❑ Inne_____

Zapewniający świadczenie

Imię i nazwisko/nazwa zapewniającego świadczenie:

Tel.:	E-mail:

TRANSPORT

Czy niniejszy plan obejmuje transport niezbędny do umożliwienia mojemu dziecku i/lub rodzinie otrzymywania świadczeń wczesnej interwencji? ❑ Tak ❑ Nie

Rodzaje transportu:

- ❑ Rodzice (zwrot kosztów)
- ❑ Autobus szkolny
- ❑ Taksówka
- ❑ Komunikacja publiczna (zwrot kosztów)
- ❑ Inne (należy określić)_____

Czy moje dziecko potrzebuje specjalnego sprzętu do transportu? ❑ Tak ❑ Nie
Jeżeli ***TAK***, należy określić rodzaj sprzętu: _____

Zapewniający świadczenie

Imię i nazwisko/nazwa zapewniającego świadczenie:

Tel.:	E-mail:

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ V – ŚWIADCZENIA POWIĄZANE

Świadczenia powiązane

Świadczenia powiązane to świadczenia społeczne i wsparcie opracowane w celu poprawienia rozwoju twojego dziecka oraz możliwości rodziny dotyczących zaspokajania potrzeb twojego dziecka i całej rodziny. Odrębny formularz „Świadczenia powiązane" zostaje wypełniony dla każdego członka rodziny.

Świadczenia powiązane zapewniane są następującemu członkowi rodziny.(zaznaczyć tylko *JEDNEGO* członka rodziny)

❑ Uprawnione dziecko ❑ Rodzeństwo ❑ Rodzina ❑ Rodzic/opiekun ❑ Inny krewny

USŁUGI POWIĄZANE, KTÓRE BĘDĄ ŚWIADCZONE (zaznaczyć *WSZYSTKIE* właściwe)

Opieka nad dzieckiem/ poszerzanie horyzontów dziecka
- ❑ Przed/po czasie spędzanym w ośrodkach opieki
- ❑ Organizacje, pobyt dzienny/stały
- ❑ Programy Early Head Start/Head Start
- ❑ Rodzinne ośrodki opieki dziennej
- ❑ Ośrodek zbiorowej opieki nad dziećmi
- ❑ Domowa opieka nad dzieckiem
- ❑ Program przedszkolny
- ❑ Korepetycje
- ❑ Inne _____

Pomoc w zakresie finansów
- ❑ Pomoc finansowa w razie wypadku
- ❑ Doradztwo finansowe
- ❑ Talony na żywność (Food Stamps)
- ❑ Pomoc publiczna
- ❑ SSI
- ❑ Inne _____

Doradztwo
- ❑ Wiek dojrzewania
- ❑ Zatrudnienie
- ❑ Rodzina
- ❑ Kwestie genetyczne
- ❑ Mieszkanie
- ❑ Małżeństwo
- ❑ Specjalne
- ❑ Inne_____

Medycyna/zdrowie
- ❑ Badanie
- ❑ Usługi dentystyczne
- ❑ Kliniki diagnostyczne/ doradcze
- ❑ Sprzęt/urządzenia
- ❑ Ubezpieczenie zdrowotne
- ❑ Domowa opieka zdrowotna
- ❑ Hospitalizacja
- ❑ Szczepienia ochronne
- ❑ Usługi w zakresie zdrowia psychicznego
- ❑ Opieka prenatalna
- ❑ Leki na receptę
- ❑ Opieka lekarza pierwszego kontaktu
- ❑ Badania przesiewowe
- ❑ Leczenie uzależnień
- ❑ Procedury chirurgiczne
- ❑ Program: Kobiety, niemowlęta i dzieci (WIC)
- ❑ Inne _____

Inne
- ❑ Edukacja osób dorosłych
- ❑ Lokalny ośrodek zasobów opieki nad dzieckiem
- ❑ Ośrodki wsparcia rodziny
- ❑ Lokalna sieć wsparcia rodziny
- ❑ Stanowa sieć wsparcia rodziny
- ❑ Program wizyt domowych. (Należy określić) _____
- ❑ Mieszkania
- ❑ Ośrodki Judy Center
- ❑ Usługi prawne
- ❑ Edukacja rodziców
- ❑ Projekt Independence
- ❑ Program rekreacji
- ❑ Grupa wsparcia
- ❑ Inne _____

ZAPEWNIAJĄCY ŚWIADCZENIA POWIĄZANE

Imię i nazwisko/nazwa zapewniającego świadczenia:	Imię i nazwisko/nazwa zapewniającego świadczenia:
Tel./E-mail:	Tel./E-mail:
Imię i nazwisko/nazwa zapewniającego świadczenia:	Imię i nazwisko/nazwa zapewniającego świadczenia:
Tel./E-mail:	Tel./E-mail:

STRATEGIE WSPIERAJĄCE ZAPEWNIANIE RODZINIE ŚWIADCZEŃ POWIĄZANYCH

ŹRÓDŁA PŁATNOŚCI (zaznaczyć odpowiednio)
- ❑ Organizacja Podtrzymywania Zdrowia (HMO)
- ❑ Pomoc medyczna (MA)
- ❑ Bezkosztowo
- ❑ Inne ubezpieczenie zdrowotne
- ❑ Rodzic: pełna płatność
- ❑ Rodzic: płatność ze zniżką
- ❑ Inne: _____

OSOBY ZAANGAŻOWANE W ZAPEWNIENIE ŚWIADCZEŃ POWIĄZANYCH

Imię i nazwisko:	Imię i nazwisko:
Stanowisko:	Stanowisko:
Tel.:	Tel.:
E-mail	E-mail

CZĘŚĆ VI – ZGODY

Zgody

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA/RODZICA ZASTĘPCZEGO

- Otrzymałem możliwość wzięcia udziału w opracowywaniu Zindywidualizowanego Planu Pomocy Rodzinie (IFSP) i zostałem zawiadomiony odpowiednio o spotkaniu w sprawie IFSP.
- Zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach rodzica w związku z niniejszym programem, otrzymując dokument: Prawa rodziców – *Pouczenie o gwarancjach proceduralnych stanu Maryland* oraz podręcznik dla rodziny na temat systemu wczesnej interwencji w stanie Maryland.
- Świadczenia wczesnej interwencji będą zapewniane, jak określono w IFSP. Wiem, że IFSP będzie podlegać przeglądowi nie rzadziej niż co 6 miesięcy.
- Rozumiem, że moja zgoda jest dobrowolna oraz że w dowolnym momencie mogę ją odwołać.
- Rozumiem, że dane nie będą ujawniane bez mojej pisemnej zgody opatrzonej moim podpisem, chyba że nastąpi to zgodnie z postanowieniami ustawy o Prawach rodziny do edukacji i prywatności (FERPA). Ustawa powyższa pozwala na ujawnienie danych na temat wczesnej interwencji uczestniczącym instytucjom w ramach systemu wczesnej interwencji.
- Rozumiem, że instytucja publiczna zamieści informacje w stanowej bazie danych. Baza danych, o której mowa powyżej będzie wykorzystywana przez Departament Oświaty Stanu Maryland oraz inne instytucje stanowe odpowiednio w celu umożliwienia opłacania programów.
- Zostałem poinformowany o ustaleniach zespołu ds. IFSP w moim języku ojczystym lub przy pomocy innej formy komunikacji.
- Niniejszy plan odzwierciedla cele istotne dla mojego dziecka i całej mojej rodziny.
- Rozumiem założenia planu oraz prawa rodziców i zgadzam się na wdrożenie IFSP.

_____

Podpis rodzica/opiekuna/rodzica zstępczego ***Data***

POMOC MEDYCZNA

- Akceptuję Koordynację Świadczenia dla Zarządzania Przypadkami Dzieci z Niepełnosprawnością. Rozumiem, że celem tego świadczenia jest pomoc w uzyskaniu dostępu do niezbędnych świadczeń medycznych, społecznych, edukacyjnych i innych. Rozumiem, że kontynuacja tego świadczenia zależy od spełnienia wymogów kwalifikacyjnych w zakresie Koordynacji Świadczenia dla Dzieci z Niepełnosprawnością [COMAR 10.09.40].
- Rozumiem, że niniejsze świadczenie nie ogranicza, ani w żaden inny sposób nie wpływa na uprawnienia do otrzymywania innych korzyści w zakresie Pomocy Medycznej. Rozumiem, że mogę dowolnie wybrać zarządzającego przypadkiem/koordynatora świadczenia dla mojego dziecka.
- Zgadzam się, aby instytucja zapewniająca świadczenie uzyskiwała zwrot kosztów z programu Medicaid z tytułu koordynacji świadczenia, a także usług związanych z wdrażaniem celów mojego dziecka. Rozumiem, że moja odmowa dostępu do środków Pomocy Medycznej dla instytucji zapewniającej świadczenie nie zwalnia instytucji publicznej z obowiązku zapewnienia wszelkich wymaganych świadczeń na rzecz mojego dziecka bezpłatnie dla mojej rodziny.

_____ _____

Imię i nazwisko dziecka drukowanymi literami ***Numer Pomocy Medycznej (MA)***

_____ _____

Podpis rodzica/opiekuna/rodzica zastępczego ***Data***

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ VII – INOFRMACJE O ZMIANIE W ŚWIADCZENIACH ZAPEWNIANYCH MOJEMU DZIECKU

Sekcja A – Zmiana w wieku lat 3

Zmiana w wieku lat 3

DATA SPOTKANIA W SPRAWIE ZMIANY ŚWIADCZEŃ ZAPEWNIANYCH DZIECKU: _____

WYJAŚNIENIE PRZYCZYN OPÓŹNIENIA SPOTKANIA

Jeżeli spotkanie w sprawie zmiany świadczeń, jakimi objęte jest dziecko **odbędzie się po ukończeniu przez dziecko 33 miesięcy**, należy zaznaczyć poniżej odpowiednią odpowiedź uzasadniającą opóźnienie. *(Należy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.)*

- ❑ Nie udało się nawiązać kontaktu z rodziną.
- ❑ Dziecko zostało skierowane w wieku 31,5 miesiąca lub późni
- ❑ Rodzina nalegała na przesunięcie daty spotkania.
- ❑ Inne przyczyny: _____

Jeżeli spotkanie w sprawie zmiany świadczeń, jakimi objęte jest dziecko **nie odbędzie się przed trzecimi urodzinami dziecka**, należy zaznaczyć poniżej odpowiednią odpowiedź uzasadniającą brak tego spotkania. *(Należy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.)*

- ❑ Nie udało się nawiązać kontaktu z rodziną.
- ❑ Dziecko zostało skierowane w wieku 34,5 miesiąca lub później.
- ❑ Rodzina odmówiła udziału w spotkaniu.
- ❑ Inne przyczyny: _____

ROZWAŻENIE UPRAWNIEŃ DO OBJĘCIA SPECJALNĄ EDUKACJĄ PRZEDSZKOLNĄ ORAZ ŚWIADCZENIAMI POKREWNYMI (CZĘŚĆ B)

❑ **Rodzice chcą rozważyć uprawnienia zgodnie z Częścią B.** ❑ **Rodzice NIE chcą rozważać uprawnień zgodnie z Częścią B.**

LOKALNE ŚWIADCZENIA PUBLICZNE

Czy rodzina została skierowana do objęcia lokalnymi świadczeniami publicznymi? ❑ Tak ❑ Nie

Jeżeli *TAK*, należy zaznaczyć odpowiednie świadczenia

Rozwój/medycyna/zdrowie:

- ❑ Terapie rozwojowe (inne niż w części C i B)
- ❑ Sprzęt/urządzenia
- ❑ Domowa opieka zdrowotna
- ❑ Szczepienia ochronne
- ❑ Usługi w zakresie zdrowia psychicznego
- ❑ Opieka zdrowotna lekarza pierwszego kontaktu
- ❑ Program: Kobiety, Niemowlęta i Dzieci (WIC)

Opieka nad dzieckiem/poszerzanie horyzontów dziecka

- ❑ Organizacje
- ❑ Rodzinny ośrodek opieki dziennej
- ❑ Ośrodek zbiorowej opieki nad dziećmi
- ❑ Program równego startu (Even Start)
- ❑ Program Head Start
- ❑ Grupa zabaw
- ❑ Program przedszkolny:
  - __ publiczny
  - __ prywatny
- ❑ Program rekreacyjny
- ❑ Ośrodki Judy Center
- ❑ Domowa Instrukcja dla Rodziców Dzieci w Wieku Przedszkolnym (HIPPY)

Wsparcie dla rodziny

- ❑ Ośrodki wsparcia rodziny
- ❑ Program wizyt domowych (należy określić) _____
- ❑ Edukacja rodzica
- ❑ Grupa wsparcia
- ❑ Inne: _____

Inne świadczenia publiczne:

_____

_____

_____

UWAGI DOTYCZĄCE SPOTKAŃ W SPRAWIE ZMIANY ŚWIADCZEŃ, JAKIMI OBJĘTE JEST DZIECKO/DALSZE KROKI

Czynności	Terminy	Osoba odpowiedzialna

WYNIKI WSTĘPNYCH SPOTKAŃ W SPRAWIE OKREŚLENIA UPRAWNIEŃ DO OBJĘCIA IEP *(DO UZUPEŁNIENIA PRZEZ PRACOWNIKÓW INSTYTUCJI EDUKACJI SPECJALNEJ)*

PRACOWNICY INSTYTUCJI EDUKACJI SPECJALNEJ: zobowiązani są do wypełnienia tej sekcji i dołączenia jej do części C. Wprowadzenie danych **niezwłocznie po** wstępnym spotkaniu w sprawie określenia uprawnień do objęcia IEP. *Należy zaznaczyć zdanie podsumowujące wyniki wstępnego spotkania w sprawie określenia uprawnień do objęcie IEP.*

- ❑ Uznaje się, że dziecko **KWALIFIKUJE SIĘ** do objęcia świadczeniami o charakterze ciągłym w ramach IFSP *lub* świadczeniami specjalnej edukacji przedszkolnej oraz pokrewnymi świadczeniami w ramach IEP.
- ❑ Uznaje się, że dziecko **NIE KWALIFIKUJE SIĘ** do objęcia świadczeniami o charakterze ciągłym w ramach IFSP *ani* świadczeniami specjalnej edukacji przedszkolnej oraz pokrewnymi świadczeniami w ramach IEP.

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ VII – INFORMACJE NA TEMAT ZMIANY ŚWIADCZEŃ, JAKIMI OBJĘTE JEST MOJE DZIECKO

Sekcja B – Zmiana w wieku powyżej lat 3

Zmiana w wieku powyżej lat 3

ROZWAŻENIE EDUKACJI SPECJALNEJ ORAZ ZWIĄZANYCH Z NIĄ ŚWIADCZEŃ (CZĘŚĆ B)

Przed osiągnięciem przez dziecko wieku przedszkolnego

- ❑ Rodzice chcą rozważyć objęcie dziecka specjalną edukacją przedszkolną oraz świadczeniami pokrewnymi w ramach IEP.
- ❑ Rodzice **nie chcą** rozważać objęcia dziecka specjalną edukacją przedszkolną ani świadczeniami pokrewnymi w ramach IEP.

Wiek przedszkolny

- ❑ Rodzice chcą rozważyć objęcie dziecka specjalną edukacją przedszkolną oraz świadczeniami pokrewnymi w ramach IEP.
- ❑ Rodzice **nie chcą** rozważać objęcia dziecka specjalną edukacją przedszkolną oraz świadczeniami pokrewnymi w ramach IEP.

LOKALNE ŚWIADCZENIA PUBLICZNE

Czy rodzina została skierowana do objęcia lokalnymi świadczeniami publicznymi? ❑ Tak ❑ Nie

Jeżeli *TAK*, należy zaznaczyć odpowiednie świadczenia.

Rozwój/medycyna/zdrowie:

- ❑ Terapie rozwojowe (inne niż na podstawie Części C i B)
- ❑ Urządzenia/sprzęt
- ❑ Domowa opieka zdrowotna
- ❑ Szczepienia ochronne
- ❑ Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego
- ❑ Opieka zdrowotna lekarza pierwszego kontaktu
- ❑ Program: Kobiety, Niemowlęta i Dzieci (WIC)

Opieka nad dzieckiem/poszerzanie horyzontów dziecka

- ❑ Organizacje
- ❑ Rodzinny ośrodek opieki dziennej
- ❑ Ośrodek zbiorowej opieki nad dziećmi
- ❑ Program równego startu (Even Start)
- ❑ Program Head Start
- ❑ Grupa zabaw
- ❑ Program przedszkolny:
  - __ publiczny
  - __ prywatny
- ❑ Program rekreacyjny
- ❑ Ośrodki Judy Center
- ❑ Domowa Instrukcja dla Rodziców Dzieci w Wieku Przedszkolnym (HIPPY)

Wsparcie dla rodziny

- ❑ Ośrodki wsparcia rodziny
- ❑ Program wizyt domowych (należy określić) _____
- ❑ Edukacja rodzica
- ❑ Grupa wsparcia
- ❑ Inne: _____

Inne świadczenia publiczne:

_____

_____

_____

UWAGI NA TEMAT SPOTKANIA/DALSZE KROKI

Czynności	Terminy	Osoba odpowiedzialna

WYNIKI SPOTKANIA W SPRAWIE OKREŚLENIA UPRAWNIEŃ DO OBJĘCIA IEP, JEŻELI DOTYCZY *(DO UZUPEŁNIENIA PRZEZ PRACOWNIKÓW INSTYTUCJI EDUKACJI SPECJALNEJ)*

PRACOWNICY INSTYTUCJIEDUKACJI SPECJALNEJ: zobowiązani są do wypełnienia tej sekcji i dołączenia jej do części C Wprowadzenie danych **niezwłocznie po** wstępnym spotkaniu w sprawie określenia uprawnień do objęcia IEP. *Należy zaznaczyć zdanie podsumowujące wyniki wstępnego spotkania w sprawie określenia uprawnień do objęcie IEP.*

- ❑ Uznaje się, że dziecko **KWALIFIKUJE SIĘ** do objęcia świadczeniami edukacji specjalnej oraz świadczeniami pokrewnymi w ramach IEP.
- ❑ Uznaje się, że dziecko **NIE KWALIFIKUJE SIĘ** do objęcia świadczeniami edukacji specjalnej oraz świadczeniami pokrewnymi w ramach IEP.

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

CZĘŚĆ VIII – ZGODA RODZICÓW *(dzieci w wieku do lat 3)*

W gestii rodziny: Zgoda na kontynuację lub prośba o zakończenie świadczeń IFSP

Rodziny dokonują wyboru

- Otrzymałem egzemplarz rocznego zawiadomienia *"Podręcznika dla rodzin – dalsze kroki, gdy dziecko skończy 3 lata. Rodziny mają wybór".*
- Zostałem poinformowany o różnicach pomiędzy świadczeniami wczesnej interwencji zapewnianych w ramach Zindywidualizowanego Planu Pomocy Rodzinie (IFSP) na mocy Ustawy o Edukacji Osób Niepełnosprawnych (IDEA) oraz specjalnymi świadczeniami przedszkolnymi zapewnianych w ramach Zindywidualizowanego Programu Edukacyjnego (IEP) na mocy IDEA.
- Rozumiem, że moje dziecko jest obecnie objęte IFSP i zostało zakwalifikowane do objęcia specjalną edukacją przedszkolną jako dziecko z niepełnosprawnością według przepisów IDEA.
- Zostałem poinformowany o moim prawie wyboru pomiędzy opcją IFSP kontynuacji świadczeń wczesnej interwencji w ramach IFSP a rozpoczęciem specjalnych świadczeń przedszkolnych w ramach IEP.
- Rozumiem, że jeżeli wybiorę dla mojego dziecka świadczenia w ramach IEP i postanowię zakończyć świadczenia IFSP moje dziecko i moja rodzina nie będą już uprawnieni do objęcia ich opieką w ramach IFSP.
- Rozumiem, że jeżeli wybiorę dla mojego dziecka świadczenia w ramach IFSP, w dowolnym momencie będę mógł zakończyć udział w świadczeniach wczesnej interwencji w ramach IFSP i wybrać świadczenia specjalnej edukacji przedszkolnej w ramach IEP.
- Rozumiem, że lokalna instytucja wiodąca jest zobowiązana do dalszego zapewniania świadczeń IFSP na mocy Rozszerzonej Opcji IFSP (Extended IFSP Option) do dnia, w którym rozpoczną się świadczenia w ramach IEP. Jednakże jeżeli wybiorę opcję IEP, ale nie zgodzę się na objęcie dziecka edukacją specjalną oraz pokrewnymi świadczeniami oferowanymi w ramach IEP i opracowanymi przez zespół ds. IEP świadczenia IFSP zostaną zakończone.
- Rozumiem, że moja zgoda na kontynuację świadczeń IFSP jest dobrowolna. Swoją zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie.

WYBÓR RODZINY

Należy zaznaczyć JEDNO pole.

- ❑ Zgadzam się **na kontynuację** świadczeń wczesnej interwencji, jakimi objęte jest moje dziecko i rodzina w ramach IFSP po ukończeniu przez moje dziecko lat 3.
- ❑ Proszę o **zakończenie** świadczeń wczesnej interwencji, jakimi objęte jest moje dziecko i rodzina w ramach IFSP po ukończeniu przez moje dziecko lat 3.

Podpis rodzica/opiekuna/rodzica zastępczego		*Data*
Koordynator świadczeń		*Data*
Inny uczestnik	*Instytucja/stanowisko*	*Data*
Inny uczestnik	*Instytucja/stanowisko*	*Data*

Imię i nazwisko dziecka:	Numer identyfikacyjny:	Data spotkania IFSP:

Zindywidualizowany Plan Pomocy Rodzinie (IFSP)
DODAJ/ZMIEŃ FOMULARZ

Przegląd IFSP

ZMIANY INFORMACJI NA TEMAT DZIECKA I RODZINY

(Zmiany informacji demograficznych NIE wymagają podpisu rodzica)

Informacje o dziecku:

Imię i nazwisko dziecka:_____

Adres:_____

_____

Tel.: _____

Data urodzenia: _____

Nr Pomocy Medycznej (MA):_____

Informacje o rodzinie:

Nazwisko:_____

Adres:_____

_____

Tel.: _____

E-mail: _____

Relacja wobec dziecka:_____

Informacje o koordynatorze świadczeń:

Imię i azwisko:_____

Instytucja:_____

Tel.: _____

E-mail: _____

PRZEGLĄD IFSP

Rodzaj przeglądu: Wybrać ***jeden.***

Data spotkania: _____

- ❏ Spotkanie półroczne
- ❏ Spotkanie roczne
- ❏ Spotkanie na prośbę zapewniającego świadczenia
- ❏ Spotkanie na prośbę rodziców
- ❏ Spotkanie na prośbę rodziców/zapewniającego świadczenia

Cel przeglądu: Wybrać ***jeden.***

- ❏ Kontynuacja IFSP
- ❏ Modyfikacja IFSP
  - ☐ Dodanie świadczenia
  - ☐ Modyfikacja świadczenia
  - ☐ Zakończenie świadczenia
  - ☐ Dodanie/modyfikacja celów
- ❏ Zakończenie IFSP *(W przypadku wyboru tej opcji, wypełnić sekcję „Przyczyna rezygnacji" poniżej.)*

Przyczyna rezygnacji: Wybrać ***jedną.***

Data rezygnacji: _____

- ❏ Bezskuteczne próby kontaktu *(wiek dziecka: od urodzenia do wieku przedszkolnego)*
- ❏ Zakończenie IFSP przed ukończeniem przez dziecko wieku 3 lat *(wiek: od urodzenia do lat 3)*
- ❏ Śmierć *(wiek dziecka: od urodzenia do wieku przedszkolnego)*
- ❏ Uznanie dziecka za nieuprawnione *(**Uwaga:** Takie dziecko nigdy nie było uprawnione.) (wiek: od urodzenia do lat 3)*
- ❏ Dziecko nie mieszka już w stanie Maryland *(wiek dziecka: od urodzenia do wieku przedszkolnego)*
- ❏ Dziecko wyprowadziło się i znajduje się obecnie pod inną jurysdykcją *(wiek dziecka: od urodzenia do wieku przedszkolnego) Jurysdykcja:* _____
- ❏ Wycofanie przez rodzica *(wiek dziecka: od urodzenia do wieku przedszkolnego)*
- ❏ Zmiana w wieku lat 3 *(brak kontynuacji IFSP) (wiek: od urodzenia do lat 3)*
- ❏ Zakończenie IFSP przed osiągnięciem wieku przedszkolnego *(wiek dziecka: od lat 3 do wieku przedszkolnego)*
- ❏ Zmiana po ukończeniu lat 3 *(wiek dziecka: od lat 3 do wieku przedszkolnego)*

Otrzymałem właściwe zawiadomienie o przeglądzie niniejszego IFSP. Mam możliwość wzięcia udziału w przeglądzie niniejszego IFSP. Zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach rodzica na podstawie dokumentu: Prawa rodziców – Pouczenie o gwarancjach proceduralnych stanu Maryland i wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka programem wczesnej interwencji, umożliwiającego wdrożenia wszelkich zmian IFSP na podstawie niniejszego przeglądu.

_____
Podpis rodzica/opiekuna/rodzica zastępczego *Data*

_____
Koordynator Świadczeń *Data*

_____
Inny uczestnik *Instytucja/stanowisko* *Data*

_____
Inny uczestnik *Instytucja/stanowisko* *Data*