Russian

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ШТАТА МЭРИЛЕНД • ОТДЕЛ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ/УСЛУГ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ПРОГРАММА ДЛЯ МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА ШТАТА МЭРИЛЕНД

Индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP)

Дата направления:	Дата проведения заседания группы IFSP:	Вид заседания группы IFSP: ❑ Промежуточное ❑ Первичное ❑ Годовое оценочное

Сведения о ребенка и семье:

Имя и фамилия ребенка (имя/второе имя/фамилия):		
Дата рождения:	Идентификационный номер:	Номер в программе МА:
Адрес:		Домашний телефон:
Имя и фамилия родителя/опекуна/лица, заменяющего родителя:		
Адрес:		Домашний телефон:
Адрес:		Рабочий телефон:
E-mail:		Мобильный телефон:
Удобное время для звонка:	Предпочтительный способ связи: ❑ Домашний телефон ❑ Рабочий телефон ❑ Мобильный телефон ❑ E-mail	

Подписи участников

Любое ведомство или лицо, принимающее непосредственное участие в предоставлении услуг раннего вмешательства, должно помогать ребенку, имеющему право на получение услуг, и его семье достигнуть целей, указанных в данном индивидуальном плане обслуживания семьи (IFSP).

Координатор услуг	*Дата*	*Эксперт по оценке* *(или, в соответствующих случаях, участие посредством иных процедур)*		*Дата*
Координатор промежуточных/альтернативных услуг	*Дата*	*Другой участник*	*Ведомство/должность*	*Дата*
Представитель головного ведомства	*Дата*	*Другой участник*	*Ведомство/должность*	*Дата*
Родитель(и)/опекун/лицо, заменяющее родителя	*Дата*	*Другой участник*	*Ведомство/должность*	*Дата*

Сведения о координаторе услуг

Если у Вас возникнут вопросы, связанные с данным индивидуальным планом обслуживания семьи (IFSP) или любым из лиц, работающих с Вашим ребенком и семьей, свяжитесь со своим координатором услуг.

Имя и фамилия координатора услуг:	
Государственный орган:	
Адрес:	
Рабочий телефон:	E-mail:

Предполагаемые даты проведения заседаний группы IFSP

Предполагаемая дата **полугодового пересмотра IFSP:**
Предполагаемая дата **годового пересмотра IFSP:**
Интервал предполагаемых дат **организационного заседания по переходу:**

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

ЧАСТЬ I – СВЕДЕНИЯ О РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

Раздел A – сведения о состоянии здоровья

Общее состояние здоровья

На каком сроке родился Ваш ребенок? _____ недель _____ дней

Какой вес был у Вашего ребенка при рождении? _____ фунтов _____ унций ИЛИ _____ грамм

Кто является Вашим основным лечащим врачом или к какому специалисту Вы обращаетесь за медицинской помощью?	Телефон:

СВЕДЕНИЯ О ПРИВИВКАХ

У вас есть копия карты вакцинации Вашего ребенка? ❑ Да ❑ Нет

*Если **НЕТ**, укажите, пожалуйста, каким образом можно получить копию карты вакцинации Вашего ребенка.*

В карте вакцинации указаны все прививки, необходимые по биологическому возрасту Вашего ребенка? ❑ Да ❑ Нет

*Если **НЕТ**, укажите, что будет сделано, чтобы Ваш ребенок получил все необходимые прививки.*

Укажите, какие прививки были сделаны *(прививки, выделенные **ЖИРНЫМ ШРИФТОМ**, являются обязательными для средней школы):*

❑ **АКДС/ДС** ❑ **Полиомиелит** ❑ **Hib** ❑ **Гепатит B** ❑ **PCV7** ❑ Ротавирус ❑ MCV4 ❑ Гепатит A ❑ **MMR** ❑ **Ветряная оспа**

Укажите, какие прививки необходимо сделать (прививки, выделенные **ЖИРНЫМ ШРИФТОМ**, являются обязательными для средней школы):

❑ **АКДС/ДС** ❑ **Полиомиелит** ❑ **Hib** ❑ **Гепатит B** ❑ **PCV7** ❑ Ротавирус ❑ MCV4 ❑ Гепатит A ❑ **MMR** ❑ **Ветряная оспа**

СКРИНИНГ/ТЕСТ НА СОДЕРЖАНИЕ СВИНЦА

У Вашего ребенка когда-либо проверяли уровень содержания свинца? ❑ Да ❑ Нет Если ***ДА***, какой был уровень? _____

У Вас вызывает беспокойство уровень содержания свинца в крови Вашего ребенка? ❑ Да ❑ Нет Если ***ДА***, укажите причину. _____

_____

ПИТАНИЕ

У вас вызывают беспокойство пищевые привычки, питание или рост Вашего ребенка? ❑ Да ❑ Нет

Если ***ДА***, укажите причину.

ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ

Есть ли у Вашего ребенка какие-либо проблемы со здоровьем или особые потребности (специальное оборудование, аллергия, другие проблемы с психическим или физическим здоровьем), о которых должны знать сотрудники программы, чтобы лучше планировать и оказывать услуги Вашему ребенку и семье?

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

ЧАСТЬ I – СВЕДЕНИЯ О РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

Раздел B – текущий уровень развития

Вид оценки:	❑ Вступительная ❑ Промежуточная (от рождения до 3 лет) ❑ Выпускная (от рождения до 3 лет) ❑ Промежуточная (от 3 лет до возраста поступления в подготовительный класс начальной школы) ❑ Выпускная (от 3 лет до возраста поступления в подготовительный класс начальной школы)

Текущий уровень развития

Область		Дата проведения оценки (ММ/ДД/ГГ)	Название оценочного инструмента(ов)	Биологический возраст	Возрастной уровень/ возрастной диапазон	Качественная характеристика
Познание	**Познание** (игра, мышление и исследование)					
Общение	**Общение** (понимание окружающих и самовыражение)					
Социальное или эмоциональное развитие	**Социальное или эмоциональное развитие** (эмоции, чувства и общение с окружающими)					
Адаптация	**Адаптация** (умение есть, пить, пользоваться туалетом и удовлетворять свои потребности)					
Физическое развитие	**Мелкая моторика** (использует руки для игр, еды или выполнения других действий)					
	Крупная моторика (изменяет позу или местоположение)					
	Слух	Ваш ребенок прошел универсальный аудиологический скрининг новорожденных? ❑ Да ❑ Нет ❑ Не применимо Ваш ребенок посещал отоларинголога для проведения полной оценки слуха? ❑ Да ❑ Нет Вас беспокоит состояние слуха Вашего ребенка? ❑ Да ❑ Нет Результаты оценки/наблюдения:				
	Зрение	У Вашего ребенка проводилась проверка зрения? ❑ Да ❑ Нет Вас беспокоит состояние зрения Вашего ребенка? ❑ Да ❑ Нет Результаты оценки/наблюдения:				

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

ЧАСТЬ I – СВЕДЕНИЯ О РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

Раздел C – право на получение услуг раннего вмешательства

Право на получение услуг

Ваш ребенок имеет право на получение услуг раннего вмешательства на основании результатов оценки. Право на получение услуг основано на ОДНОЙ категории, которая отмечена ниже.

❑ ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ ПО МЕНЬШЕЙ МЕРЕ НА 25%

Мой ребенок имеет право на получение услуг раннего вмешательства, так как страдает задержкой развития по меньшей мере на 25% в одной или нескольких из следующих областей. **Отметьте все подходящие варианты:**

❑ Познание ❑ Общение ❑ Социальное или эмоциональное развитие ❑ Адаптация ❑ Физическое развитие: ____ мелкая моторика ____крупная моторика

❑ АТИПИЧНОЕ РАЗВИТИЕ ИЛИ ПОВЕДЕНИЕ

Мой ребенок имеет право на получение услуг раннего вмешательства, так как демонстрирует атипичное развитие или поведение в одной или нескольких из следующих областей. **Отметьте все подходящие варианты:**

❑ Познание ❑ Общение ❑ Социальное или эмоциональное развитие ❑ Адаптация ❑ Физическое развитие: ____ мелкая моторика ____крупная моторика

❑ ДИАГНОСТИРОВАННОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ИЛИ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ

Мой ребенок имеет право на получение услуг раннего вмешательства, так как у него было диагностировано физическое или психическое заболевание, которое с высокой вероятностью может вызвать задержку развития. Список не полный. **Отметьте все подходящие варианты:**

❑ Хромосомное нарушение: _____ синдром Дауна _____ иное: _____

❑ Хроническое заболевание легких

❑ Симптоматическая врожденная инфекция (например, ВИЧ)

❑ Врожденные нарушения метаболизма, связанные с ЦНС (например, болезнь кленового сиропа и галактоземия)

❑ Младенцы, у которых сильно проявляются последствия злоупотребления алкоголем матерями в период беременности (например, плодный алкогольный синдром)

❑ Младенцы, подвергшиеся внутриутробному воздействию лекарственных средств и нуждающиеся в лечении, или с признаками задержки внутриутробного развития

❑ Внутрижелудочковое кровоизлияние III или IV степени

❑ Отравление свинцом с содержанием свинца 20 мкг/дл или выше

❑ Умеренная или тяжелая энцефалопатия, возникшая вследствие кровоизлияния в мозг

❑ Нейродегенеративные расстройства, начавшиеся в младенческом или раннем детском возрасте (например, адренолейкодистрофия, болезнь Тея-Сакса)

❑ Перивентрикулярная лейкомаляция

❑ Недоношенность с массой тела при рождении менее 1200 г (2 фунта 10 унций)

❑ Эпилепсия с частыми или трудноконтролируемыми приступами или основное заболевание связано с частым нарушением когнитивных функций (например, младенческие судороги)

❑ Сенсорные нарушения

- ☐ Слепота или нарушения зрения
- ☐ Глухота или нарушения слуха

❑ Тяжелые врожденные пороки развития (например, менингомиелоцеле и врожденная гидроцефалия)

❑ Некротический энтероколит, требующий хирургического лечения

❑ Иное: _____

❑ Иное: _____

❑ Иное: _____

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

ЧАСТЬ I – СВЕДЕНИЯ О РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

Раздел D – сильные стороны и потребности

Сильные стороны и потребности

Описание сильных сторон и потребностей, уникальных для Вашего ребенка, дает ценную информацию при планировании услуг раннего вмешательства, которые помогут ребенку и семье достичь поставленных целей.

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ МОЕГО РЕБЕНКА	ПОТРЕБНОСТИ МОЕГО РЕБЕНКА
Что любит делать мой ребенок? Что хорошо получается у моего ребенка?	Что моему ребенку дается с трудом? Что мой ребенок пока не умеет делать?

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

ЧАСТЬ II – СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

Раздел A – проблемы, приоритеты и ресурсы

Проблемы, приоритеты и ресурсы

Чтобы наилучшим образом помочь Вашему ребенку и семье, нам нужно знать о вопросах и проблемах, которые важны для Вас. Ваши проблемы, приоритеты и ресурсы будут использоваться для разработки целей и определения стратегий для удовлетворения потребностей Вашего ребенка и семьи. Вы можете предоставить столько информации, сколько пожелаете.

ПРОБЛЕМЫ МОЕЙ СЕМЬИ	ПРИОРИТЕТЫ МОЕЙ СЕМЬИ	РЕСУРСЫ МОЕЙ СЕМЬИ
Волнующие меня вопросы, связанные со здоровьем и развитием моего ребенка. Информация, ресурсы и помощь, которые нужны моему ребенку и/или семье или которые мы хотим получить.	Надежды и мечты, связанные с моим ребенком. Самое важное для моего ребенка и/или семьи на данный момент.	Источники, из которых мой ребенок/семья может получить помощь, в том числе люди, мероприятия, программы/организации.

❒ Данная информация была получена в результате оценки, проведенной с участием семьи, с помощью указанных ниже методов. **Отметьте все подходящие варианты:**

- ❑ Метод семейного интервью, разработанный на местном уровне
- ❑ Беседа о распорядке дня (RBI)
- ❑ Опросник "Возраст и стадии развития" (ASQ)
- ❑ Иные инструменты/методы: _____

❒ Члены семьи отказались от оценки с их участием.

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

ЧАСТЬ II – СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

Раздел B – естественные условия

Распорядок дня в естественных условиях

Услуги раннего вмешательства оказываются в естественных условиях. Естественные условия – это место, где Ваш ребенок и семья проводят время, например, дом, программа ухода за ребенком или другое общественное заведение/место. Естественные условия – это место, где играют и учатся нормально развивающиеся дети. Приведенная ниже информация поможет нам определить естественные условия, в которых Ваш ребенок и семья будут получать услуги раннего вмешательства.

Где Ваш ребенок/семья проводит время? Отметьте все подходящие варианты:

❏ Дом, где проживает ребенок	❏ Программа "Early Head Start"/"Head Start"	❏ Центр поддержки семьи
❏ Центр по уходу за детьми	❏ Библиотека	❏ Место работы родителей
❏ Религиозная среда	❏ Дом члена семьи	❏ Приют
❏ Семейный детский сад	❏ Прогулочная группа для детей ясельного возраста	❏ Иное: _____
	❏ Центр "Judy Center"	

Чем бы Вы хотели заниматься всей семьей?

Если ли что-то, чем Вы бы хотели заниматься всей семьей, но в настоящее время не можете?

Какой распорядок дня у Вашего ребенка и семьи? Являются ли некоторые из повседневных дел сложными? Есть ли дела, которые бы Ваша семья хотела ввести в свой распорядок дня?

Что мешает Вашему ребенку и семье участвовать в Ваших повседневных делах и мероприятиях?

Как программа может помочь Вашей семье улучшить распорядок дня или ввести в него важные дела?

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

ЧАСТЬ III – ЦЕЛИ МОЕГО РЕБЕНКА/СЕМЬИ, СВЯЗАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ РЕБЕНКА

ЦЕЛИ РЕБЕНКА И СЕМЬИ

В данном плане, составленном на основании информации, полученной из отчетов о текущем уровне развития Вашего ребенка и коллективных отчетов, сведений о сильных сторонах и потребностях Вашего ребенка, проблемах, приоритетах и ресурсах Вашей семьи, а также распорядке дня, описываются цели, которых мы хотим достичь, и меры, которые необходимо предпринять. Пожалуйста, опишите приоритетные цели для Вашего ребенка и/или семьи, в том числе специальные навыки и условия. Для каждой цели заполняется отдельная форма "Цели ребенка и семьи".

ЦЕЛЬ	СТРАТЕГИИ/МЕРОПРИЯТИЯ/ ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ЗНАНИЙ	ИЗМЕРИМЫЕ КРИТЕРИИ
Чего бы мы хотели добиться?	Какие меры необходимо предпринять, чтобы достичь приоритетной цели?	Как мы узнаем, что цель достигнута?

СРОК	

УЧАСТНИКИ – ***Кто будет принимать участие?***

Имя и фамилия::	Должность:	Телефон/E-mail:
Имя и фамилия::	Должность:	Телефон/E-mail:
Имя и фамилия::	Должность:	Телефон/E-mail:
Имя и фамилия::	Должность:	Телефон/E-mail:

АНАЛИЗ ХОДА ВЫПОЛНЕНИЯ ЦЕЛИ

Коды анализа: ***выберите наиболее подходящий код.***	**Код:**	**Дата:**	**Инициалы:**	**Примечания:**
1 – Отлично – *Мы это сделали!* 2 – Прогресс – *Мы делаем успехи.* 3 – Требуется улучшение – *Давайте внесем поправки.*				
4 – Больше не требуется 5 – Отложено				

МЕРЫ, ПРЕДПРИНЯТЫЕ В ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЦЕЛИ – *(ТОЛЬКО ДЛЯ КОДА ВЫПОЛНЕНИЯ ЦЕЛИ 3)*

Коды анализа: ***выберите наиболее подходящий код.***	**Код:**	**Дата:**	**Инициалы:**	**Примечания:**
1 – Пересмотр цели 2 – Изменение стратегий/мероприятий 3 – Изменение услуги				
4 – Иное: _____				

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

ЧАСТЬ IV – УСЛУГИ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ МОЕГО РЕБЕНКА

Услуги раннего вмешательства

Услуги раннего вмешательства способствуют развитию Вашего ребенка и дают Вашей семье больше возможностей дляудовлетворения его потребностей. Каждая услуга раннего вмешательства помогает достигнуть целей, установленных для Вашего ребенка и семьи. Для каждой услуги/места ее оказания заполняется отдельная форма "Услуги раннего вмешательства".

ВИД УСЛУГИ	ОПИСАНИЕ УСЛУГИ				МЕСТО ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ
	Количество занятий	Периодичность	Интенсивность	Метод	
Пожалуйста, укажите:	❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ Иное: _____	❑ Ежедневно ❑ Еженедельно ❑ Ежемесячно ❑ Ежегодно ❑ Однократно ❑ Ежеквартально ❑ Один раз в полгода	*Продолжительность занятия в минутах:* ❑ 15 ❑ 30 ❑ 45 ❑ 50 ❑ 60 ❑ 90 ❑ 120 ❑ 180 ❑ 240 ❑ Иное: _____	❑ Групповой ❑ Индивидуальный	❑ Дом *(основное место жительства семьи ребенка или лиц, осуществляющих уход за ребенком)* ❑ Учреждение по месту жительства *(пожалуйста, укажите):* _____ ❑ Иное *(пожалуйста, укажите):* _____ Обоснование иного места оказания услуги: _____

Вид услуги		Учреждения по месту жительства *(которые обычно посещают дети с инвалидностью)*		Иное место оказания услуг *(не учреждение по месту жительства или дом)*
1. Аудиологические 2. Обучение и консультации для семей 3. Здравоохранительные 4. Медицинские (только диагностика и оценка) 5. Сестринское обслуживание 6. Кормление 7. Трудовая терапия	8. Физиотерапия 9. Психологические 10. Временный уход 11. Патронаж 12. Специальное обучение 13. Логотерапия 14. Услуги для незрячих и слабовидящих 15. Иное	1. Центр по уходу за детьми (включая семейные детские сады) 2. Программа дошкольного обучения 3. Обычный детский сад 4. Центр для детей младшего возраста 5. Программа "Early Head Start"/"Head Start" 6. Центр "Judy Center" 7. Библиотека	8. Продовольственный магазин 9. Парк/игровая площадка 10. Ресторан 11. Общественный центр/центр отдыха 12. Место работы родителей 13. Приют 14. Иное	1. Центр раннего вмешательства/занятия для детей с инвалидностью 2. Место расположения поставщика услуг (например, амбулаторно, кабинет отоларинголога) 3. Больница (стационарно) 4. Стационарное учреждение 5. Иное

Финансовая ответственность: отметьте ***одно*** ведомство, ответственное за оплату услуг.
❑ Местная система школьного образования
❑ Местное управление здравоохранения
❑ Местное управление социального обеспечения
❑ Иное (пожалуйста, укажите): _____

Поставщик услуг: впишите название ведомства, предоставляющего услуги. Указывайте стандартное название каждого ведомства.
_____
_____

Источник возмещения расходов: отметьте ***один*** источник возмещения расходов только в том случае, когда ведомство, уполномоченное нести финансовую ответственность, намерено потребовать у другого источника произвести оплату за услугу.
❑ Программа медицинской помощи (MA)
❑ Иное (пожалуйста, укажите): _____

Имя и фамилия поставщика/телефон: укажите имя, фамилию и номер телефона лица, оказывающего услугу.
_____
_____

Предполагаемая дата начала оказания услуги: укажите дату, с которой предполагается начать оказание услуги.
_____
ММ/ДД/ГГ

Предполагаемая дата пересмотра услуги: укажите дату, когда предполагается пересмотреть оказание услуги.
_____
ММ/ДД/ГГ

Предполагаемая продолжительность: укажите период, в течение которого будет оказываться услуга.
_____
ММ/ДД/ГГ

Дата прекращения оказания услуги: : укажите дату, с которой прекратится оказание услуги.
_____
ММ/ДД/ГГ

ЧАСТЬ IV (ПРОДОЛЖЕНИЕ) – УСЛУГИ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ МОЕГО РЕБЕНКА

Услуги раннего вмешательства (продолжение)

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕХНИКА

Мой ребенок нуждается в услугах, связанных с использованием реабилитационной техники или устройств для увеличения, поддержания или улучшения его функциональных возможностей? ❑ Да ❑ Нет

Виды реабилитационной техники. Отметьте ***все*** подходящие варианты:

- ❑ Для выполнения элементарных действий по самообслуживанию
- ❑ Адаптивные компьютерные аппаратные средства
- ❑ Адаптивные компьютерные программные средства
- ❑ Вспомогательные слуховые устройства
- ❑ Устройства для альтернативной и дополнительной коммуникации (AAC)
- ❑ Системы регулирования окружающей среды (ECU)
- ❑ Вспомогательные средства для передвижения
- ❑ Вспомогательные средства для игр, восстановительного отдыха и проведения досуга
- ❑ Средства для сидения и размещения
- ❑ Средства для перевозки/обеспечения безопасности
- ❑ Вспомогательные средства для лиц с нарушениями зрения
- ❑ Иное_____

Поставщик

Имя и фамилия поставщика:

Телефон:	E-mail:

ПЕРЕВОЗКА

Данный план включает услуги по перевозке, необходимые, чтобы дать моему ребенку и/или семье возможность получать услуги раннего вмешательства? ❑ Да ❑ Нет

Виды перевозки:

- ❑ Родитель с возмещением расходов
- ❑ Школьный автобус
- ❑ Такси
- ❑ Общественный транспорт с возмещением расходов
- ❑ Иное (пожалуйста, укажите) _____

Для перевозки моего ребенка необходимо какое-либо специальное оборудование? ❑ Да ❑ Нет
Если ***ДА***, пожалуйста, укажите вид оборудования: _____

Поставщик

Имя и фамилия поставщика:

Телефон:	E-mail:

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

ЧАСТЬ V – ОБЪЕДИНЕННЫЕ УСЛУГИ

Объединенные услуги

Объединенные услуги – это услуги и помощь, оказываемые по месту жительства, которые способствуют развитию Вашего ребенка и дают Вашей семье больше возможностей для удовлетворения потребностей ребенка и семьи. Для каждого члена семьи заполняется отдельная форма "Объединенные услуги".

Объединенные услуги предоставляются для следующего члена семьи. (Отметьте только *ОДИН* вариант.)

❑ Ребенок, имеющий право на получение услуг ❑ Брат/сестра ❑ Семья ❑ Родитель/опекун ❑ Другой родственник

ОБЪЕДИНЕННЫЕ УСЛУГИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ ПРЕДОСТАВЛЯТЬСЯ (отметьте *ВСЕ* подходящие варианты)

Детские дошкольные/ развивающие учреждения
- ❑ До/после посещения детского дошкольного учреждения
- ❑ Дневные/жилые лагеря
- ❑ Программа "Early Head Start"/"Head Start"
- ❑ Семейные детские сады
- ❑ Групповые детские сады
- ❑ Уход за ребенком на дому
- ❑ Программа дошкольного обучения
- ❑ Частные уроки
- ❑ Иное_____

Материальная помощь
- ❑ Экстренная финансовая помощь
- ❑ Консультации по финансовым вопросам
- ❑ Талоны на приобретение продовольственных товаров
- ❑ Государственное денежное пособие
- ❑ Дополнительный социальный доход (SSI)
- ❑ Иное _____

Консультации
- ❑ Для подростков
- ❑ По вопросам занятости
- ❑ По семейным вопросам
- ❑ По вопросам наследственности
- ❑ По жилищным вопросам
- ❑ По вопросам семейной жизни
- ❑ По специальным вопросам
- ❑ Иное _____

Медицинское обслуживание/ здравоохранение
- ❑ Оценка
- ❑ Стоматологические услуги
- ❑ Диагностика/врачебные консультации
- ❑ Оборудование/устройства
- ❑ Страхование здоровья
- ❑ Медицинская помощь на дому
- ❑ Госпитализация
- ❑ Вакцинация
- ❑ Психиатрическая помощь
- ❑ Ведение беременности
- ❑ Рецептурные лекарственные средства
- ❑ Первичная медицинская помощь
- ❑ Обследование
- ❑ Лечение наркотической зависимости
- ❑ Хирургическое лечение
- ❑ Программа продовольственной помощи для женщин, младенцев и детей (WIC)
- ❑ Иное _____

Иное
- ❑ Обучение взрослых
- ❑ Местный центр ресурсов по уходу за детьми
- ❑ Центр поддержки семьи
- ❑ Сообщество поддержки семей (местное)
- ❑ Сообщество поддержки семей (на уровне штата)
- ❑ Программа домашних визитов (пожалуйста, укажите) _____
- ❑ Обеспечение жильем
- ❑ Центр "Judy Center"
- ❑ Юридические услуги
- ❑ Обучение родителей
- ❑ Программа "Project Independence"
- ❑ Программа восстановительного отдыха
- ❑ Группа поддержки
- ❑ Иное_____

ПОСТАВЩИКИ ОБЪЕДИНЕННЫХ УСЛУГ

Имя и фамилия поставщика:	Имя и фамилия поставщика:
Телефон/E-mail:	Телефон/E-mail:
Имя и фамилия поставщика:	Имя и фамилия поставщика:
Телефон/E-mail:	Телефон/E-mail:

МЕРЫ, ПОМОГАЮЩИЕ ОБЕСПЕЧИТЬ СЕМЬЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ОБЪЕДИНЕННЫХ УСЛУГ

ИСТОЧНИКИ ПЛАТЕЖЕЙ (отметьте все подходящие варианты)

- ❑ Организация медицинского обеспечения (HMO)
- ❑ Программа медицинской помощи (MA)
- ❑ Бесплатно
- ❑ Иной план медицинского страхования
- ❑ Родитель: полная оплата
- ❑ Родитель: дифференцированная оплата
- ❑ Иное: _____

ЛИЦО(А), ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ОБЪЕДИНЕННЫХ УСЛУГ

Имя и фамилия:	Имя и фамилия:
Должность:	Должность:
Телефон:	Телефон:
E-mail:	E-mail:

ЧАСТЬ VI – РАЗРЕШЕНИЕ(Я)

Разрешение(я)

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА/ЛИЦА, ЗАМЕНЯЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ

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

_____

Подпись родителя(ей)/опекуна/лица, заменяющего родителя ***Дата***

ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Я/мы согласен(ы) на координацию услуг для курирования детей с ограниченными возможностями. Я/мы понимаю(ем), что целью данной услуги является оказание помощи в получении доступа к необходимым медицинским, социальным, образовательным и другим услугам. Я/мы понимаю(ем), что продолжение оказания данной услуги зависит от соответствия критериям участия в координации услуг для детей с ограниченными возможностями (свод законов штата Мэриленд 10.09.40).
- Я/мы понимаю(ем), что данная услуга не ограничивает и никаким иным образом не влияет на право участника на получение других услуг по программе медицинской помощи. Я/мы понимаю(ем), что я/мы имею(ем) право выбирать координатора услуг для моего/нашего ребенка.
- Я/мы даю(ем) разрешение предоставляющей услугу организации на взыскание расходов с "Medicaid" за координацию услуг, а также за услуги по здравоохранению, связанные с реализацией целей программы моего ребенка. Я/мы понимаю(ем), что если я/мы откажу(ем) предоставляющей услугу организации в доступе к средствам программы медицинской помощи, это не освобождает предоставляющую услугу организацию от ответственности бесплатно обеспечить предоставление всех необходимых услуг моему/нашему ребенку.

_____ _____

Имя и фамилия ребенка печатными буквами ***Номер в программе медицинской помощи (MA)***

_____ _____

Подпись родителя(ей)/опекуна/лица, заменяющего родителя ***Дата***

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

ЧАСТЬ VII – ИНФОРМАЦИЯ О ПЕРЕХОДЕ РЕБЕНКА

Раздел А – переход в возрасте трех лет

Переход в возрасте 3 лет

ДАТА ПРОВЕДЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОГО СОБРАНИЯ ПО ПЕРЕХОДУ: _____

РАЗЪЯСНЕНИЕ ОТСРОЧКИ СОБРАНИЯ

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

- ❑ Не удалось связаться с семьей.
- ❑ Ребенка направили в возрасте *31,5* месяца или позже.
- ❑ Семья попросила перенести или отложить собрание.
- ❑ Иное: _____

Если организационное собрание по переходу **вообще не проводилось до исполнения ребенку трех лет**, выберите один из приведенных ниже ответов, объясняющих причину. *(Выберите только один вариант.)*

- ❑ Не удалось связаться с семьей.
- ❑ Ребенка направили в возрасте *31,5* месяца или позже.
- ❑ Семья попросила перенести или отложить собрание.
- ❑ Иное: _____

УСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВА НА СПЕЦИАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И СВЯЗАННЫЕ С НИМ УСЛУГИ (ЧАСТЬ B)

- ❑ **Родители хотят установить, имеет ли ребенок право на получение услуг согласно части B.**
- ❑ **Родители НЕ хотят устанавливать, имеет ли ребенок право на получение услуг согласно части B.**

УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

Семью направили для получения услуг по месту жительства? ❑ Да ❑ Нет **Если *ДА*, отметьте соответствующие услуги.**

Развивающие занятия/медицинское обслуживание/здравоохранение:

- ❑ Развивающая терапия (за исключением части C и части B)
- ❑ Оборудование/устройства
- ❑ Медицинская помощь на дому
- ❑ Вакцинация
- ❑ Психиатрическая помощь
- ❑ Первичная медицинская помощь
- ❑ Программа продовольственной помощи для женщин, младенцев и детей (WIC)

Детские дошкольные/развивающие учреждения

- ❑ Лагеря
- ❑ Семейные детские сады
- ❑ Групповые детские сады
- ❑ Программа "Even Start"
- ❑ Программа "Head Start"
- ❑ Прогулочная группа
- ❑ Программа дошкольного обучения:
  - ____ государственная
  - ____ частная
- ❑ Программа восстановительного отдыха
- ❑ Центр "Judy Center"
- ❑ Домашнее обучение для родителей детей дошкольного возраста (HIPPY)

Поддержка семьи

- ❑ Центр поддержки семьи
- ❑ Программа домашних визитов (пожалуйста, укажите) _____
- ❑ Обучение родителей
- ❑ Группа поддержки
- ❑ Иное: _____

Другие услуги по месту жительства:

_____

_____

_____

ОТЧЕТ ОБ ОРГАНИЗАЦИОННОМ СОБРАНИИ ПО ПЕРЕХОДУ/БУДУЩИЕ МЕРЫ

Мероприятия	Сроки	Ответственное лицо(а)

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОГО СОБРАНИЯ ГРУППЫ IEP ПО УСТАНОВЛЕНИЮ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ *(ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ ПРОГРАММЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ)*

СОТРУДНИКИ ПРОГРАММЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ: заполните данный раздел и приложите к части C: ввод данных **сразу же после** проведения первого собрания группы IEP по установлению права на получение услуг. *Отметьте утверждение, которое соответствует результатам первого собрания группы IEP по установлению права на получение услуг.*

- ❑ Установлено, что ребенок **ИМЕЕТ ПРАВО** на получение услуг по IFSP *или* специальное дошкольное образование и связанные с ним услуги по IEP.
- ❑ Установлено, что ребенок **НЕ ИМЕЕТ ПРАВА** на получение услуг по IFSP *или* специальное дошкольное образование и связанные с ним услуги по IEP.

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

ЧАСТЬ VII – ИНФОРМАЦИЯ О ПЕРЕХОДЕ РЕБЕНКА

Раздел B – переход в возрасте старше трех лет

Переход в возрасте старше 3 лет

УСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВА НА СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ И СВЯЗАННЫЕ С НИМ УСЛУГИ (ЧАСТЬ B)

До возраста поступления в подготовительный класс начальной школы

- ❑ Родители хотят установить, имеет ли ребенок право на специальное дошкольное образование и связанные с ним услуги по IEP.
- ❑ Родители **не** хотят устанавливать, имеет ли ребенок право на специальное дошкольное образование и связанные с ним услуги по IEP.

В возрасте поступления в подготовительный класс начальной школы

- ❑ Родители хотят установить, имеет ли ребенок право на специальное обучение и связанные с ним услуги по IEP.
- ❑ Родители **не** хотят устанавливать, имеет ли ребенок право на специальное обучение и связанные с ним услуги по IEP.

УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

Семью направили для получения услуг по месту жительства? ❑ Да ❑ Нет **Если *ДА*, отметьте соответствующие услуги.**

Развивающие занятия/медицинское обслуживание/здравоохранение:

- ❑ Развивающая терапия (за исключением части C и части B)
- ❑ Оборудование/устройства
- ❑ Медицинская помощь на дому
- ❑ Вакцинация
- ❑ Психиатрическая помощь
- ❑ Первичная медицинская помощь
- ❑ Программа продовольственной помощи для женщин, младенцев и детей (WIC)

Детские дошкольные/развивающие учреждения

- ❑ Лагеря
- ❑ Семейные детские сады
- ❑ Групповые детские сады
- ❑ Программа "Even Start"
- ❑ Программа "Head Start"
- ❑ Прогулочная группа
- ❑ Программа дошкольного обучения:
  ____ государственная
  ____ частная
- ❑ Программа восстановительного отдыха
- ❑ Центр "Judy Center"
- ❑ Домашнее обучение для родителей детей дошкольного возраста (HIPPY)

Поддержка семьи

- ❑ Центр поддержки семьи
- ❑ Программа домашних визитов (пожалуйста, укажите) _____
- ❑ Обучение родителей
- ❑ Группа поддержки
- ❑ Иное: _____

Другие услуги по месту жительства:

_____

_____

_____

ОТЧЕТ О СОБРАНИИ/БУДУЩИЕ МЕРЫ

Мероприятия	Сроки	Ответственное лицо(а)

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБРАНИЯ ГРУППЫ IEP ПО УСТАНОВЛЕНИЮ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ (ЕСЛИ ВОЗМОЖНО) *(ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ ПРОГРАММЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ)*

СОТРУДНИКИ ПРОГРАММЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ: заполните данный раздел и приложите к части C: ввод данных сразу же после проведения собрания группы IEP по установлению права на получение услуг. *Отметьте утверждение, которое соответствует результатам собрания группы IEP по установлению права на участие в программе.*

- ❑ Установлено, что ребенок **ИМЕЕТ ПРАВО** на специальное обучение и связанные с ним услуги по IEP.
- ❑ Установлено, что ребенок **НЕ ИМЕЕТ ПРАВА** на специальное обучение и связанные с ним услуги по IEP.

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

ЧАСТЬ VIII – СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ *(по достижении ребенком возраста трех лет или раньше)*

По выбору семьи: согласие на продолжение или просьба о прекращении предоставления услуг по IFSP

Семьи имеют право на выбор

- Я/мы получил(и) копию ежегодного уведомления *"Руководство для родителей о дальнейших действиях, когда Вашему ребенку, получающему услуги раннего вмешательства, исполнится 3 года. Семьи имеют право на выбор".*
- Мне/нам объяснили разницу между услугами раннего вмешательства, оказываемыми по индивидуальному плану обслуживания семьи (IFSP) в соответствии с законом "Об образовании лиц с инвалидностью" (IDEA), и услугами специального дошкольного образования, оказываемыми по индивидуальной программе обучения (IEP) в соответствии с законом "Об образовании лиц с инвалидностью" (IDEA).
- Я/мы понимаю(ем), что у моего/нашего ребенка есть текущий индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP) и что было установлено, что он имеет право на специальное дошкольное образование как ребенок с инвалидностью в соответствии с законом "Об образовании лиц с инвалидностью" (IDEA).
- Мне/нам сообщили о моем/нашем праве на выбор между продолжением получения услуг раннего вмешательства по IFSP и началом предоставления специального дошкольного образования по IEP.
- Я/мы понимаю(ем), что если я/мы выберу(ем) получение услуг по IEP и прекращение оказания услуг по IFSP, мой/наш ребенок и семья больше не будут иметь права на получение услуг по IFSP.
- Я/мы понимаю(ем), что если я/мы выберу(ем) получение услуг по IFSP, я/мы в любое время могу (можем) отказаться от получения услуг по IFSP и начать получать услуги специального дошкольного образования по IEP.
- Я/мы понимаю(ем), что местное головное ведомство должно продолжать оказывать услуги по IFSP согласно праву на возможность продления IFSP до начала предоставления услуг по IEP. Однако если я/мы выберу(ем) IEP, но откажусь (откажемся) дать согласие на специальное обучение и сопутствующие услуги, предлагаемые в рамках IEP, разработанной группой IEP, я/мы понимаю(ем), что оказание услуг по IFSP будет прекращено.
- Я/мы понимаю(ем), что мое/наше согласие является добровольным и я/мы могу (можем) отозвать его в любое время.

ВЫБОР СЕМЬИ

Выберите ОДИН вариант.

- ❑ Я/мы согласен(ы) на **продолжение** услуг раннего вмешательства для моего/нашего ребенка и семьи по IFSP после достижения ребенком трехлетнего возраста.
- ❑ Я/мы просим **прекратить** оказание услуг раннего вмешательства для моего/нашего ребенка и семьи по IFSP по достижении ребенком трехлетнего возраста.

_____

Подпись родителя(ей)/опекуна/лица, заменяющего родителя ***Дата***

_____

Координатор услуг ***Дата***

_____

Другой участник ***Ведомство/должность*** ***Дата***

_____

Другой участник ***Ведомство/должность*** ***Дата***

Имя и фамилия ребенка:	Идентификационный номер:	Дата проведения заседания группы IFSP:

Индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP)
ФОРМА ДЛЯ ВНЕСЕНИЯ ДОПОЛНЕНИЙ/ ИЗМЕНЕНИЙ

Пересмотр IFSP

ИЗМЕНЕНИЕ СВЕДЕНИЙ О РЕБЕНКЕ И СЕМЬЕ

(При внесении изменений в демографические сведения подпись родителя НЕ требуется.)

Сведения о ребенке:

Имя и фамилия ребенка:_____

Адрес:_____

_____

Телефон: _____

Дата рождения: _____

Номер в программе медицинской помощи (MA): _____

_____

Сведения о семье:

Имя и фамилия:_____

Адрес:_____

_____

Телефон: _____

E-mail: _____

Степень родства к ребенку:_____

Service Coordinator Information:

Имя и фамилия:_____

Ведомство:_____

Телефон: _____

E-mail: _____

ПЕРЕСМОТР IFSP

Вид пересмотра: выберите ***один*** вариант.

Дата заседания: _____

- ❏ Полугодовое
- ❏ Годовое
- ❏ По просьбе поставщика услуг
- ❏ По просьбе родителя
- ❏ По просьбе родителя/поставщика услуг

Причина пересмотра: выберите ***один*** вариант.

- ❏ Продолжение IFSP
- ❏ Изменение IFSP
  - ❏ Добавление услуг(и)
  - ❏ Изменение услуг(и)
  - ❏ Окончание предоставления услуг(и)
  - ❏ Добавление/изменение цели(ей)
- ❏ Завершение IFSP *(в этом случае заполните раздел "Причина прекращения участия в программе" ниже)*

Причина прекращения участия в программе: выберите ***один*** вариант.

Дата прекращения участия: _____

- ❏ Не удалось связаться с семьей *(от рождения до возраста поступления в подготовительный класс начальной школы)*
- ❏ Выполнение IFSP до достижения ребенком 3 лет *(от рождения до 3 лет)*
- ❏ Смерть *(от рождения до возраста поступления в подготовительный класс начальной школы)*
- ❏ Установлено, что ребенок не соответствует критериям участия в программе (**Примечание**: ребенок никогда не соответствовал критериям участия в программе.) *(от рождения до 3 лет)*
- ❏ Переезд за пределы штата *(от рождения до возраста поступления в подготовительный класс начальной школы)*
- ❏ Переезд в другую юрисдикцию *(от рождения до возраста поступления в подготовительный класс начальной школы)*

  Название юрисдикции: _____
- ❏ Отказ родителей от участия в программе *(от рождения до возраста поступления в подготовительный класс начальной школы)*
- ❏ Переход в возрасте 3 лет (без продолжения IFSP) *(от рождения до 3 лет)*
- ❏ Выполнение IFSP до достижения ребенком возраста поступления в подготовительный класс начальной школы *(от 3 лет до возраста поступления в подготовительный класс начальной школы)*
- ❏ Переход после достижения ребенком 3 лет *(от 3 лет до возраста поступления в подготовительный класс начальной школы)*

Меня/нас предварительно уведомили о пересмотре IFSP. У меня/нас была возможность участвовать в пересмотре IFSP. Мне/нам сообщили о моих/наших родительских правах путем передачи брошюры *"Права родителей: уведомление о процессуальных гарантиях штата Мэриленд"*, и я/мы даю(ем) разрешение программе раннего вмешательства на реализацию любых изменений, внесенных в IFSP в результате этого пересмотра.

_____

Подпись родителя(ей)/опекуна/лица, заменяющего родителя ***Дата***

_____

Координатор услуг ***Дата***

_____

Другой участник ***Ведомство/должность*** ***Дата***

_____

Другой участник ***Ведомство/должность*** ***Дата***