Vietnamese

BỘ GIÁO DỤC TIỂU BANG MARYLAND • BAN GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT/DỊCH VỤ CAN THIỆP SỚM

CHƯƠNG TRÌNH TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ TẬP ĐI MARYLAND

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

Ngày Giới thiệu:	Ngày Họp IFSP:	Loại hình Họp IFSP: ❑ Tạm thời ❑ Ban đầu ❑ Đánh giá Hàng năm

Thông tin về Trẻ em và Gia đình

Tên của Trẻ (Tên/Tên lót/Họ):		
Ngày sinh:	Số ID:	Số MA:
Địa chỉ:		Điện thoại Nhà:
Tên Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện:		
Địa chỉ:		Điện thoại Nhà:
Địa chỉ:		Điện thoại Cơ quan:
E-mail:		Điện thoại Di động:
Thời gian Liên lạc Thích hợp nhất:	Cách Liên lạc Thích hợp nhất: ❑ ĐT Nhà ❑ ĐT Cơ quan ❑ ĐT Di động ❑ E-mail	

Chữ ký của Người tham gia Nhóm

Mỗi cơ quan hoặc người có vai trò trực tiếp trong việc cung cấp dịch vụ can thiệp sớm đều có trách nhiệm hỗ trợ cho trẻ em và gia đình đủ tiêu chuẩn đạt kết quả trong IFSP này.

Điều phối viên Dịch vụ	*Ngày*	*Người đánh giá/Thẩm định (hoặc liên quan khác, nếu thích hợp)*		*Ngày*
Điều phối viên Dịch vụ Tạm thời/Thay thế	*Ngày*	*Người tham gia Khác*	*Cơ quan/Chức vụ*	*Ngày*
Đại diện Cơ quan Lãnh đạo	*Ngày*	*Người tham gia Khác*	*Cơ quan/Chức vụ*	*Ngày*
Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện	*Ngày*	*Người tham gia Khác*	*Cơ quan/Chức vụ*	*Ngày*

Thông tin về Điều phối viên Dịch vụ

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

Tên Điều phối viên Dịch vụ:	
Cơ quan:	
Địa chỉ:	
Điện thoại Cơ quan:	E-mail:

Ngày Họp IFSP Dự định

Ngày Dự định **Kiểm tra IFSP 6 Tháng**:
Ngày Dự định **Kiểm tra IFSP Hàng năm**:
Phạm vi Ngày Dự định **Họp Lập kế hoạch Chuyển tiếp:**

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

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

Phần A – Thông tin Sức khỏe

Sức khỏe Tổng quát

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

Trọng của trẻ khi sinh là bao nhiêu? _____ Pound _____ Ounce HOẶC _____ Gram

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

CHỦNG NGỪA

Quý vị có bản sao sổ theo dõi chủng ngừa của con mình không? ❑ Có ❑ Không

*Nếu **KHÔNG**, vui lòng cho biết kế hoạch lấy bản sao sổ theo dõi chủng ngừa của con quý vị.*

Hồ sơ chủng ngừa này có yêu cầu chủng ngừa theo tuổi không? ❑ Có ❑ Không

*Nếu **KHÔNG**,* vui lòng cho biết kế hoạch sẽ thực hiện để con quý vị được chủng ngừa theo yêu cầu?

Hãy cho biết các thuốc chủng ngừa đã nhận (*thuốc chủng ngừa viết bằng **CHỮ IN ĐẬM** là bắt buộc cho trường công):*

❑ **DTaP/DT** ❑ **Polio** ❑ **Hib** ❑ **HepB** ❑ **PCV7** ❑ Rotavirus ❑ MCV4 ❑ Hep A ❑ **MMR** ❑ **Varicella**

Hãy cho biết các thuốc chủng ngừa cần nhận *(thuốc chủng ngừa viết bằng **CHỮ IN ĐẬM** là bắt buộc cho trường công):*

❑ **DTaP/DT** ❑ **Polio** ❑ **Hib** ❑ **HepB** ❑ **PCV7** ❑ Rotavirus ❑ MCV4 ❑ Hep A ❑ **MMR** ❑ **Varicella**

KIỂM TRA/THỬ NHIỄM CHÌ

Con quý vị đã thử mức nhiễm chì chưa? ❑ Có ❑ Không *nếu **CÓ,*** mức độ nào? _____

Có quan ngại gì về mức nhiễm chì của con quý vị không? ❑ Có ❑ Không *nếu **CÓ,*** vui lòng giải thích. _____

_____

DINH DƯỠNG

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

*nếu **CÓ**,* vui lòng giải thích.

NHỮNG QUAN NGẠI VỀ SỨC KHỎE TỔNG QUÁT

Có điều gì về sức khỏe của con quý vị (thông tin về dụng cụ đặc biệt, dị ứng, tinh thần hoặc thể chất khác) mà nhóm cần biết để có kế hoạch và cung cấp dịch vụ tốt hơn cho gia đình và con quý vị?

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

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

Phần B – Mức Phát triển Hiện tại

Tình trạng Đánh giá:	❑ Bắt đầu ❑ Tạm thời (Từ lúc sinh đến 3 tuổi) ❑ Đầu ra (Từ lúc sinh đến 3 tuổi) ❑ Tạm thời (Từ 3 tuổi đến Tuổi Mẫu giáo) ❑ Đầu ra (Từ 3 tuổi đến Tuổi Mẫu giáo)

Mức Phát triển Hiện tại

Lĩnh vực		Ngày Đánh giá (Tháng/Ngày/Năm)	Tên Dụng cụ Đánh giá	Theo Tuổi	Mức Tuổi/ Độ Tuổi	Mô tả Định tính
Ý thức	**Ý thức** (Chơi, tư duy và khám phá)					
Giao tiếp	**Giao tiếp** (Hiểu người khác và thể hiện bản thân)					
Xã hội hoặc Cảm xúc	**Xã hội hoặc Cảm xúc** (Cảm xúc, tình cảm và tương tác với người khác)					
Thích nghi	**Thích nghi** (Ăn, uống, vệ sinh và tự làm việc khác)					
Thể chất	**Vận động Tinh** (Sử dụng tay để chơi, ăn hoặc hoạt động khác)					
	Vận động Chung (Di chuyển để thay đổi tư thế hoặc vị trí)					
	Sức nghe	Con quý vị có đạt Kiểm tra Sức nghe Chung cho Trẻ sơ sinh không? ❑ Có ❑ Không ❑ Không Áp dụng Con quý vị có phải đến nhà thính học để đánh giá sức nghe toàn diện không? ❑ Có ❑ Không Có quan ngại gì về sức nghe của con quý vị không? ❑ Có ❑ Không Kết quả Đánh giá/Quan sát:				
	Thị lực	Con quý vị đã kiểm tra thị lực chưa? ❑ Có ❑ Không Có quan ngại gì về thị lực của con quý vị không? ❑ Có ❑ Không Kết quả Đánh giá/Quan sát:				

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

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

Phần C – Đủ tiêu chuẩn cho Dịch vụ Can thiệp Sớm

Đủ tiêu chuẩn

Con quý vị đủ tiêu chuẩn cho dịch vụ can thiệp sớm dựa trên kết quả của quá trình đánh giá.
Sự hội đủ tiêu chuẩn dựa trên MỘT loại được đánh dấu dưới đây.

❑ CHẬM PHÁT TRIỂN ÍT NHẤT 25%

Con tôi đủ tiêu chuẩn cho dịch vụ can thiệp sớm vì chậm phát triển ít nhất 25% ở một trong những lĩnh vực phát triển sau. **Đánh dấu tất cả những trường hợp áp dụng:**

❑ Ý thức ❑ Giao tiếp ❑ Xã hội hoặc Cảm xúc ❑ Thích nghi ❑ Thể chất:____Vận động Tinh ____Vận động Chung

❑ SỰ PHÁT TRIỂN HOẶC TÍNH CÁCH KHÔNG ĐIỂN HÌNH

Con tôi đủ tiêu chuẩn cho dịch vụ can thiệp sớm vì có thể hiện sự phát triển hoặc tính cách không điển hình ở một trong những lĩnh vực phát triển sau, dễ dẫn đến chậm phát triển sau này. **Đánh dấu tất cả những trường hợp áp dụng:**

❑ Ý thức ❑ Giao tiếp ❑ Xã hội hoặc Cảm xúc ❑ Thích nghi ❑ Thể chất:____Vận động Tinh ____Vận động Chung

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

Con tôi đủ tiêu chuẩn cho dịch vụ can thiệp sớm vì tình trạng thể chất hoặc tinh thần được chẩn đoán là có xác xuất cao về chậm phát triển. Danh mục này không bao gồm tất cả. **Đánh dấu tất cả những trường hợp áp dụng:**

❑ Rối loạn nhiễm sắc thể: _____Hội chứng Down_____Khác:_____
❑ Bệnh phổi mãn tính(CLD)
❑ Nhiễm di truyền có triệu chứng (ví dụ: nhiễm HIV)
❑ Sai lệch chuyển hóa sơ sinh kèm theo vấn đề thần kinh trung ương CNS (ví dụ: bệnh nước tiểu dạng si-rô và galactose máu)
❑ Trẻ sơ sinh cho thấy bị ảnh hưởng nặng của việc nghiện rượu trước khi sinh (ví dụ: Hội chứng Thai Nhiễm rượu)
❑ Trẻ sơ sinh bị ảnh hưởng bởi phơi nhiễm thuốc trong tử cung cần điều trị hoặc cho thấy bằng chứng về giới hạn phát triển trong tử cung
❑ Xuất huyết nội – Độ III hoặc IV
❑ Nhiễm độc chì, với mức chì 20 ug/dL hoặc lớn hơn
❑ Bệnh não trung bình đến nặng dẫn đến tổn thương não
❑ Bệnh rối loạn thần kinh với sự xuất hiện bệnh ở tuổi vị thành niên và tuổi ấu thơ (ví dụ: teo vỏ thượng thận, bệnh TaySachs)
❑ Chứng nhuyễn bạch cầu quanh não thất (PVL)
❑ Thai già sớm với trọng lượng dưới 1200 gram (2 lb. 10 oz.)
❑ Động kinh thường xảy ra hoặc khó kiểm soát hoặc bệnh tiềm ẩn kèm theo mất ý thức thường xuyên (ví dụ: co thắt ở trẻ thơ)
❑ Suy giảm giác quan
  ❑ Mù hoặc khiếm thị
  ❑ Điếc hoặc khiếm thính
❑ Dị dạng di truyền nặng (ví dụ: thoát vị màng tủy – tủy sống và não úng thủy)
❑ Viêm ruột Hoại tử do Phẫu thuật (NEC)
❑ Khác: _____
❑ Khác: _____
❑ Khác: _____

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

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

Phần D – Ưu điểm và Nhu cầu

Ưu điểm và Nhu cầu

Mô tả ưu điểm và nhu cầu riêng của con quý vị cung cấp những thông tin có giá trị để lập kế hoạch cho dịch vụ can thiệp sớm hỗ trợ sự phát triển kết quả cho con quý vị và gia đình.

ƯU ĐIỂM CỦA CON TÔI	NHU CẦU CỦA CON TÔI
Những việc con tôi thích làm? Những việc con tôi làm tốt?	Những việc có khó khăn cho con tôi? Những việc con tôi chưa biết cách làm?

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

PHẦN II – THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH TÔI

Phần A – Quan ngại, Ưu tiên và Nguồn lực

Quan ngại, Ưu tiên và Nguồn lực

Để hỗ trợ tốt nhất cho con và gia đình quý vị, cần phải biết những vấn đề và quan ngại nào là quan trọng cho gia đình quý vị. Những quan ngại, ưu tiên và nguồn lực sẽ được sử dụng làm cơ sở cho sự phát triển kết quả và nhận diện các chiến lược và hoạt động để giải quyết nhu cầu của con và gia đình quý vị. Quý vị có thể tùy ý lựa chọn cung cấp số lượng thông tin.

QUAN NGẠI CỦA GIA ĐÌNH TÔI	ƯU TIÊN CỦA GIA ĐÌNH TÔI	NGUỒN LỰC CỦA GIA ĐÌNH TÔI
Quan ngại của tôi về sức khỏe và sự phát triển của con tôi. Thông tin, nguồn lực, sự hỗ trợ mà tôi cần hoặc muốn cho con và/hoặc gia đình tôi.	Hy vọng và ước mơ về con tôi. Những điều quan trọng nhất cho con và/hoặc gia đình tôi ngay bây giờ.	Những nguồn lực mà con/gia đình tôi có để hỗ trợ, kể cả con người, hoạt động, chương trình/tổ chức.

❑ Thông tin này được thu thập qua sự đánh giá trực tiếp từ gia đình sử dụng công cụ sau.

Đánh dấu tất cả những trường hợp áp dụng:

❑ Công cụ phỏng vấn gia đình phát triển tại địa phương

❑ Phỏng vấn Theo Thói quen (RBI)

❑ Bản câu hỏi theo Tuổi và Giai đoạn (ASQ)

❑ Công cụ/phương pháp khác:

❑ Gia đình từ chối đánh giá trực tiếp từ gia đình

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

PHẦN II – THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH TÔI

Phần B – Môi trường Tự nhiên

Thói quen Trong Môi trường Tự nhiên

Dịch vụ can thiệp sớm được cung cấp trong những môi trường tự nhiên. Môi trường tự nhiên là nơi mà con và gia đình quý vị sử dụng thời gian tại đó, như ở nhà, chương trình chăm sóc trẻ em hoặc cơ sở cộng đồng khác. Môi trường tự nhiên là nơi phát triển điển hình mà trẻ chơi và học. Thông tin dưới đây sẽ giúp chúng tôi xác định (những) môi trường tự nhiên trong đó con và gia đình quý vị sẽ nhận dịch vụ can thiệp sớm.

Con/gia đình quý vị sử dụng thời giờ ở đâu? Đánh dấu tất cả những trường hợp áp dụng:

❑ Nhà của trẻ ❑ Trung tâm chăm sóc trẻ em ❑ Cơ sở tôn giáo ❑ Chăm sóc trẻ em tại nhà	❑ Nơi chăm sóc Trẻ Bắt đầu/Bắt đầu Sớm ❑ Thư viện ❑ Nhà của thành viên gia đình ❑ Sân chơi cho trẻ tập đi ❑ Trung tâm Judy	❑ Trung tâm Hỗ trợ Gia đình ❑ Cơ quan của phụ huynh ❑ Nơi cư trú ❑ Khác:_____

Những hoạt động nào quý vị muốn cùng làm như một gia đình?

Có việc gì quý vị muốn cùng làm như một gia đình, nhưng không thể làm lúc này?

Thói quen hàng ngày của con và gia đình quý vị là gì? Những thói quen này có khó khăn không?
Có thói quen nào khác mà gia đình quý vị muốn thiết lập không?

Những chướng ngại nào ngăn gia đình và con quý vị tham gia vào thói quen và hoạt động hàng ngày?

Làm thế nào để chương trình này hỗ trợ tốt nhất cho gia đình quý vị về mong muốn cải thiện hoặc tạo ra những thói quen quan trọng?

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

PHẦN III – KẾT QUẢ CỦA CON/GIA ĐÌNH TÔI LIÊN QUAN ĐẾN SỰ PHÁT TRIỂN CỦA CON TÔI

Kết quả cho Trẻ và Gia đình

Dựa trên thông tin từ mức phát triển hiện tại và báo cáo chung về con quý vị, những ưu điểm và nhu cầu của con quý vị, quan ngại, ưu tiên, nguồn lực của gia đình quý vị và thói quen hàng ngày, kế hoạch này phác thảo những việc chúng tôi muốn đạt được và các bước cụ thể cần thiết. Vui lòng thảo luận những kết quả ưu tiên của quý vị với con và/hoặc gia đình của quý vị bao gồm các kỹ năng và trường hợp cụ thể.
Điền một mẫu "Kết quả cho Trẻ và Gia đình" riêng cho mỗi kết quả.

KẾT QUẢ	CHIẾN LƯỢC/HOẠT ĐỘNG/CƠ HỘI HỌC TẬP	TIÊU CHÍ ĐO LƯỜNG ĐƯỢC
Chúng ta mong muốn điều gì?	Những bước cần làm để giúp đạt được kết quả ưu tiên?	Cách để chúng ta biết khi nào đạt kết quả?

KHUNG THỜI GIAN	

NGƯỜI THAM GIA - *Ai sẽ tham gia?*		
Tên:	Chức vụ:	Điện thoại/E-mail:
Tên:	Chức vụ:	Điện thoại/E-mail:
Tên:	Chức vụ:	Điện thoại/E-mail:
Tên:	Chức vụ:	Điện thoại/E-mail:

KIỂM TRA TIẾN ĐỘ ĐẠT KẾT QUẢ				
Mã Kiểm tra: ***Chọn mã thích hợp nhất.*** 1- Thành thạo - *Chúng tôi đã làm xong!* 2- Đang thực hiện - *Chúng tôi đang tiến bộ.* 3- Cần phát triển - *Hãy điều chỉnh.* 4- Không cần nữa 5- Hoãn	**Mã:**	**Ngày:**	**Ký tắt:**	**Nhận xét:**

ĐÁP ỨNG VỚI TIẾN ĐỘ ĐẠT KẾT QUẢ - (*CHỈ CẦN CHO MÃ KIỂM TRA TIẾN ĐỘ 3)*				
Mã Kiểm tra: ***Chọn mã thích hợp nhất.*** 1- Điều chỉnh kết quả 2- Thay đổi chiến lược/hoạt động 3- Thay đổi dịch vụ 4- Khác: _____	**Mã:**	**Ngày:**	**Ký tắt:**	**Nhận xét:**

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

PHẦN IV – DỊCH VỤ CAN THIỆP SỚM CỦA CON TÔI

Dịch vụ Can thiệp Sớm

Dịch vụ can thiệp sớm làm gia tăng sự phát triển của con quý vị và khả năng của gia đình đáp ứng các nhu cầu của con quý vị. Mỗi dịch vụ can thiệp sớm đều hỗ trợ kết quả của từng trẻ và gia đình. Điền một mẫu "Dịch vụ Can thiệp Sớm" riêng cho mỗi dịch vụ/hỗ trợ/cơ sở.

LOẠI DỊCH VỤ	MÔ TẢ DỊCH VỤ				CƠ SỞ
	Số Lần	Tần suất	Cường độ	Phương pháp	
Vui lòng ghi rõ:	❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ Khác: _____	❑ Hàng ngày ❑ Hàng tuần ❑ Hàng tháng ❑ Hàng năm ❑ Một lần Duy nhất ❑ Hàng quý ❑ Mỗi 6 tháng	*Số phút mỗi lần:* ❑ 15 ❑ 30 ❑ 45 ❑ 50 ❑ 60 ❑ 90 ❑ 120 ❑ 180 ❑ 240 ❑ Khác: _____	❑ Nhóm ❑ Cá nhân	❑ Nhà *(Nơi cư ngụ chính của gia đình hoặc người chăm sóc trẻ)* ❑ Cơ sở Dựa trên Cộng đồng *(Vui lòng ghi rõ):* _____ ❑ Khác *(Vui lòng ghi rõ):* _____ Nhận xét về Cơ sở Khác: _____

Loại Dịch vụ		Cơ sở Dựa trên Cộng đồng *(Nơi trẻ em không bị khuyết tật)*		Cơ sở Khác *(Không dựa trên cộng đồng hoặc nhà)*
1. Thính học 2. Tư vấn/Đào tạo Gia đình 3. Sức khỏe 4. Y tế (chỉ chẩn đoán & đánh giá) 5. Điều dưỡng 6. Dinh dưỡng 7. Điều trị bằng nghề nghiệp 8. Vật lý Trị liệu	9. Tâm lý học 10. Chăm sóc Thay phiên 11. Công ích 12. Hướng dẫn Đặc biệt 13. Điều trị bằng Ngôn ngữ/ Lời nói 14. Dịch vụ Thị lực 15. Khác	1. Trung tâm chăm sóc trẻ em (kể cả chăm sóc ban ngày tại nhà) 2. Chương trình tiền học đường 3. Trường mẫu giáo thông thường 4. Trung tâm trẻ ấu thơ 5. Nơi chăm sóc Trẻ Bắt đầu/Bắt đầu Sớm 6. Trung tâm Judy 7. Thư viện	8. Tiệm tạp hóa 9. Công viên/Sân chơi 10. Nhà hàng 11. Trung tâm Cộng đồng/ Giải trí 12. Cơ quan của phụ huynh 13. Nơi cư trú 14. Khác:	1. Trung tâm Can thiệp Sớm/Lớp cho trẻ khuyết tật 2. Cơ sở của Nhà cung cấp Dịch vụ (ví dụ: Phòng khám Ngoại trú, Phòng Thính học) 3. Bệnh viện (Bệnh nhân nội trú) 4. Cơ sở nội trú 5. Khác

Trách nhiệm Tài chính: Đánh dấu ***một*** cơ quan chịu trách nhiệm thanh toán dịch vụ.
- ❑ Hệ thống Trường Địa phương
- ❑ Phòng Y tế Địa phương
- ❑ Phòng Dịch vụ Xã hội Địa phương
- ❑ Khác (Vui lòng ghi rõ): _____

Cơ quan Cung cấp Dịch vụ: Ghi tên của cơ quan cung cấp dịch vụ. Sử dụng tên tiêu chuẩn trong mỗi cơ quan.

_____

_____

Nguồn Bồi hoàn: *Chỉ* đánh dấu ***một*** nguồn bồi hoàn khi cơ quan chịu trách nhiệm tài chính có ý định yêu cầu thanh toán cho dịch vụ từ một nguồn khác.
- ❑ Hỗ trợ Y tế
- ❑ Khác (Vui lòng ghi rõ):_____

Tên Nhà cung cấp Dịch vụ/Số Điện thoại: Ghi tên và số điện thoại của người cung cấp dịch vụ.

_____

_____

Ngày Bắt đầu Dịch vụ Dự định: Ghi ngày dịch vụ dự định bắt đầu.

_____
Tháng/Ngày/Năm

Ngày Kiểm tra Dịch vụ Dự định: Ghi ngày dịch vụ dự định sẽ được kiểm tra.

_____
Tháng/Ngày/Năm

Thời gian Dự định: Ghi thời gian dịch vụ sẽ được cung cấp.

_____
Tháng/Năm

Ngày Kết thúc Dịch vụ: Ghi ngày kết thúc dịch vụ.

_____
Tháng/Ngày/Năm

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

PHẦN IV TIẾP THEO – DỊCH VỤ CAN THIỆP SỚM CỦA CON TÔI

Dịch vụ Can thiệp Sớm (tiếp theo)

CÔNG NGHỆ HỖ TRỢ

Con tôi có cần dịch vụ hoặc thiết bị công nghệ hỗ trợ để gia tăng, duy trì, hoặc cải thiện chức năng của cháu không? ❑ Có ❑ Không

Các Loại Công nghệ Hỗ trợ. Đánh dấu ***tất cả*** những trường hợp áp dụng:

- ❑ Hoạt động Sống Hàng ngày (ADL)
- ❑ Phần cứng Máy vi tính Thích nghi
- ❑ Phần mềm Máy vi tính Thích nghi
- ❑ Máy Trợ thính
- ❑ Thiết bị Giao tiếp Thay thế và Tăng cường (AAC)
- ❑ Bộ Kiểm soát Môi trường (ECUs)
- ❑ Hỗ trợ Vận động
- ❑ Hỗ trợ Chơi, Thư giãn và Giải trí
- ❑ Ngồi và Định vị
- ❑ Trợ giúp Vận chuyển/An toàn
- ❑ Trợ giúp Thị giác
- ❑ Khác

Nhà cung cấp

Tên Nhà cung cấp:	
Điện thoại:	E-mail:

VẬN CHUYỂN

Kế hoạch này có bao gồm vận chuyển cần thiết để giúp con và/hoặc gia đình tôi có thể nhận được dịch vụ can thiệp sớm không? ❑ Có ❑ Không

Loại Vận chuyển:

Phụ huynh bồi hoàn
- ❑ Xe buýt Nhà trường
- ❑ Cab/Taxi

- ❑ Vận chuyển Công cộng có bồi hoàn
- ❑ Khác (Vui lòng Ghi rõ) _____

Có cần thiết bị đặc biệt để vận chuyển con tôi không? ❑ Có ❑ Không
Nếu ***CÓ***, ghi rõ loại thiết bị: _____

Nhà cung cấp

Tên Nhà cung cấp:	
Điện thoại:	E-mail:

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

PHẦN V – LIÊN KẾT DỊCH VỤ

LIÊN KẾT DỊCH VỤ

Liên kết dịch vụ là những dịch vụ cộng đồng và hỗ trợ được thiết kế để gia tăng sự phát triển của trẻ và khả năng của gia đình quý vị đáp ứng nhu cầu của trẻ và gia đình. Điền một mẫu "Liên kết Dịch vụ" riêng cho từng thành viên gia đình.

Liên kết dịch vụ được cung cấp cho thành viên gia đình sau đây. (Chỉ đánh dấu *MỘT* trong những mục sau.)

❑ Trẻ Đủ tiêu chuẩn ❑ Anh chị em ruột ❑ Gia đình ❑ Phụ huynh/Người giám hộ ❑ Thân nhân Khác

LIÊN KẾT DỊCH VỤ ĐƯỢC CUNG CẤP (Đánh dấu *TẤT CẢ* những trường hợp áp dụng.)

Chăm sóc/Nuôi dưỡng Trẻ
- ❑ Trước/Sau khi Chăm sóc Trẻ
- ❑ Trại, Cơ sở/Ban ngày
- ❑ Nơi chăm sóc Trẻ Bắt đầu/Bắt đầu Sớm
- ❑ Chăm sóc Ban ngày tại Nhà
- ❑ Trung tâm Chăm sóc Trẻ theo Nhóm
- ❑ Chăm sóc Trẻ tại Nhà
- ❑ Chương trình Tiền học đường
- ❑ Học phụ đạo
- ❑ Khác _____

Hỗ trợ Thu nhập
- ❑ Hỗ trợ Tài chính Khẩn cấp
- ❑ Tư vấn Tài chính
- ❑ Phiếu Thực phẩm
- ❑ Hỗ trợ Công cộng
- ❑ SSI
- ❑ Khác _____

Tư vấn
- ❑ Thanh thiếu niên
- ❑ Việc làm
- ❑ Gia đình
- ❑ Di truyền
- ❑ Nhà ở
- ❑ Hôn nhân
- ❑ Đặc biệt
- ❑ Khác_____

Y tế/Sức khỏe
- ❑ Đánh giá
- ❑ Dịch vụ Nha khoa
- ❑ Phòng Chẩn đoán/Tư vấn
- ❑ Thiết bị/Dụng cụ
- ❑ Bảo hiểm Sức khỏe
- ❑ Chăm sóc Sức khỏe tại Nhà
- ❑ Nhập viện
- ❑ Chủng ngừa
- ❑ Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần
- ❑ Chăm sóc Tiền sinh
- ❑ Thuốc Theo toa
- ❑ Chăm sóc Sức khỏe Ban đầu
- ❑ Kiểm tra sức khỏe
- ❑ Điều trị Nghiện Rượu và Ma túy
- ❑ Thủ thuật Phẫu thuật
- ❑ Chương trình Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em(WIC)
- ❑ Khác_____

Khác
- ❑ Giáo dục Người lớn
- ❑ Trung tâm Nguồn lực Chăm sóc Trẻ em, Địa phương
- ❑ Trung tâm Hỗ trợ Gia đình
- ❑ Mạng lưới Hỗ trợ Gia đình, Địa phương
- ❑ Mạng lưới Hỗ trợ Gia đình, Tiểu bang
- ❑ Chương trình Viếng thăm tại Nhà. (Vui lòng ghi rõ) _____
- ❑ Nhà ở
- ❑ Trung tâm Judy
- ❑ Dịch vụ Pháp lý
- ❑ Giáo dục Phụ huynh
- ❑ Dự án Độc lập
- ❑ Chương trình Giải trí
- ❑ Nhóm Hỗ trợ
- ❑ Khác_____

NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ LIÊN KẾT

Tên Nhà cung cấp:	Tên Nhà cung cấp:
Điện thoại/E-mail:	Điện thoại/E-mail:
Tên Nhà cung cấp:	Tên Nhà cung cấp:
Điện thoại/E-mail:	Điện thoại/E-mail:

NHỮNG CHIẾN LƯỢC GIÚP BẢO ĐẢM LIÊN KẾT DỊCH VỤ CHO GIA ĐÌNH

NGUỒN THANH TOÁN (Đánh dấu tất cả những trường hợp áp dụng.)	**(NHỮNG) NGƯỜI LIÊN QUAN ĐẾN BẢO ĐẢM LIÊN KẾT DỊCH VỤ**	
❑ Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO) ❑ Hỗ trợ Y tế ❑ Miễn phí ❑ Bảo hiểm Sức khỏe Khác ❑ Phụ huynh: Thanh toán Đầy đủ ❑ Phụ huynh: Phí Giảm ❑ Khác: _____	Tên:	Tên:
	Chức vụ:	Chức vụ:
	Điện thoại:	Điện thoại:
	E-mail	E-mail

PHẦN VI - ỦY QUYỀN

Ủy quyền

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

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

_____

Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện *Ngày*

HỖ TRỢ Y TẾ

- Tôi/Chúng tôi chọn chấp nhận Quản lý Hồ sơ Điều phối Dịch vụ cho Trẻ em Khuyết tật. Tôi/chúng tôi hiểu rằng mục đích của dịch vụ này là hỗ trợ sử dụng những dịch vụ y tế, xã hội, giáo dục cần thiết và dịch vụ khác. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng tính liên tục của dịch vụ này phụ thuộc vào việc đáp ứng các yêu cầu hội đủ tiêu chuẩn cho Điều phối Dịch vụ cho Trẻ em Khuyết tật, [COMAR 10.09.40].
- Tôi/Chúng tôi hiểu rằng dịch vụ này không hạn chế hoặc ảnh hưởng đến sự đủ tiêu chuẩn của người tham gia về phúc lợi Hỗ trợ Y tế khác. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng mình được tự do lựa chọn điều phối viên dịch vụ/người quản lý hồ sơ cho con tôi/chúng tôi.
- Tôi/Chúng tôi cho phép cơ quan cung cấp dịch vụ thu lại chi phí từ Medicaid cho việc điều phối dịch vụ, cũng như những dịch vụ liên quan đến sức khỏe, liên quan đến việc thi hành kết quả của con tôi. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng nếu không cho phép cơ quan cung cấp dịch vụ sử dụng quỹ Hỗ trợ Y tế, thì sẽ không miễn trừ cho văn phòng đại diện công trách nhiệm bảo đảm rằng tất cả những dịch vụ yêu cầu được cung cấp cho con tôi/chúng tôi đều miễn phí cho gia đình tôi/chúng tôi.

_____ _____

Tên Trẻ Viết bằng chữ in *Số Hỗ trợ Y tế (MA)*

_____ _____

Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện *Ngày*

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

PHẦN VII – THÔNG TIN CHUYỂN TIẾP CỦA CON TÔI

Phần A – Chuyển tiếp Lúc 3 Tuổi

Chuyển tiếp Lúc 3 tuổi

NGÀY HỌP LẬP KẾ HOẠCH CHUYỂN TIẾP: _____

GIẢI THÍCH VỀ VIỆC HOÃN CUỘC HỌP

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

- ❑ Nỗ lực tiếp xúc với gia đình không thành công.
- ❑ Trẻ được giới thiệu lúc *31.5* tháng tuổi trở lên.
- ❑ Gia đình yêu cầu sửa lại lịch hoặc hoãn cuộc họp.
- ❑ Khác: _____

Nếu Cuộc họp Lập kế hoạch Chuyển tiếp **không được tổ chức trước ngày sinh của trẻ**, thì đánh dấu câu trả lời dưới đây để giải thích. (*Chỉ đánh dấu một ô.)*

- ❑ Nỗ lực tiếp xúc với gia đình không thành công.
- ❑ Trẻ được giới thiệu lúc *34.5* tháng tuổi trở lên.
- ❑ Gia đình từ chối tham gia cuộc họp.
- ❑ Khác: _____

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

❑ **Phụ huynh muốn xem xét sự hội đủ tiêu chuẩn Phần B.** ❑ **Phụ huynh KHÔNG muốn xem xét sự hội đủ tiêu chuẩn Phần B.**

DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG

Gia đình có được giới thiệu đến dịch vụ cộng đồng không? ❑ Có ❑ Không **Nếu *CÓ,* đánh dấu dịch vụ áp dụng.**

Phát triển/Y tế/Sức khỏe:

- ❑ Liệu pháp Phát triển (khác Phần C và B)
- ❑ Thiết bị/Dụng cụ
- ❑ Chăm sóc Sức khỏe tại Nhà
- ❑ Chủng ngừa
- ❑ Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần
- ❑ Chăm sóc Sức khỏe Ban đầu
- ❑ Chương trình Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em (WIC)

Chăm sóc/Nuôi dưỡng Trẻ

- ❑ Trại
- ❑ Chăm sóc Ban ngày tại Nhà
- ❑ Chăm sóc Trẻ theo Nhóm
- ❑ Bắt đầu Dễ dàng (Even Start)
- ❑ Trước lúc Bắt đầu
- ❑ Nhóm Chơi
- ❑ Chương trình Tiền học đường:
  - _____Công cộng
  - _____Tư nhân
- ❑ Chương trình Giải trí
- ❑ Trung tâm Judy
- ❑ Hướng dẫn tại Nhà cho Phụ huynh của Trẻ em Tiền học đường (HIPPY)

Hỗ trợ Gia đình

- ❑ Trung tâm Hỗ trợ Gia đình
- ❑ Chương trình Thăm viếng tại Nhà (Vui lòng ghi rõ)_____

Giáo dục Phụ huynh

- ❑ Nhóm Hỗ trợ
- ❑ Khác: _____

Dịch vụ Cộng đồng Khác:

_____

_____

_____

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

Hoạt động	Khung thời gian	(Những) Người chịu Trách nhiệm

KẾT QUẢ CUỘC HỌP XÁC ĐỊNH ĐỦ TIÊU CHUẨN IEP BAN ĐẦU (*DÀNH CHO NHÂN VIÊN GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT ĐIỀN)*

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

- ❑ Trẻ này được xác định **ĐỦ TIÊU CHUẨN c**ho dịch vụ liên tục qua IFSP *hoặc* giáo dục đặc biệt tiền học đường và những dịch vụ liên quan qua IEP.
- ❑ Trẻ này được xác định **KHÔNG ĐỦ TIÊU CHUẨN** cho dịch vụ liên tục qua IFSP *hoặc* giáo dục đặc biệt tiền học đường và những dịch vụ liên quan qua IEP.

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

PHẦN VII – THÔNG TIN CHUYỂN TIẾP CỦA CON TÔI

Phần B – Chuyển tiếp Sau 3 Tuổi

Chuyển tiếp Sau 3 tuổi

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

Trước Tuổi Mẫu giáo

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

Tuổi Mẫu giáo

- ❑ Phụ huynh muốn xem xét giáo dục đặc biệt và dịch vụ liên quan qua IEP.
- ❑ Phụ huynh **không** muốn xem xét giáo dục đặc biệt và dịch vụ liên quan qua IEP.

DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG

Gia đình có được giới thiệu đến dịch vụ cộng đồng không? ❑ Có ❑ Không **Nếu *CÓ*, đánh dấu dịch vụ áp dụng**

Phát triển/Y tế/Sức khỏe:	Chăm sóc/Nuôi dưỡng Trẻ	Hỗ trợ Gia đình
Liệu pháp Phát triển (khác Phần C và B) ❑ Thiết bị/Dụng cụ ❑ Chăm sóc Sức khỏe tại Nhà ❑ Chủng ngừa ❑ Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần ❑ Chăm sóc Sức khỏe Ban đầu ❑ Chương trình Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em (WIC)	❑ Trại ❑ Chăm sóc Ban ngày tại Nhà ❑ Chăm sóc Trẻ theo Nhóm ❑ Bắt đầu Dễ dàng (Even Start) ❑ Trước lúc Bắt đầu ❑ Nhóm Chơi ❑ Chương trình Tiền học đường: ____Công cộng ____Tư nhân ❑ Chương trình Giải trí ❑ Trung tâm Judy ❑ Hướng dẫn tại Nhà cho Phụ huynh của Trẻ em Tiền học đường (HIPPY)	❑ Trung tâm Hỗ trợ Gia đình ❑ Chương trình Thăm viếng tại Nhà (Vui lòng ghi rõ) _____ ❑ Giáo dục Phụ huynh ❑ Nhóm Hỗ trợ ❑ Khác: _____ **Dịch vụ Cộng đồng Khác:** _____ _____ _____

BIÊN BẢN CUỘC HỌP/CÁC BƯỚC TRONG TƯƠNG LAI

Hoạt động	Khung thời gian	(Những) Người chịu Trách nhiệm

KẾT QUẢ CUỘC HỌP XÁC ĐỊNH ĐỦ TIÊU CHUẨN IEP, NẾU CÓ (*DÀNH CHO NHÂN VIÊN GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT ĐIỀN*)

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

- ❑ Trẻ này được xác định **ĐỦ TIÊU CHUẨN** cho giáo dục đặc biệt và những dịch vụ liên quan qua IEP.
- ❑ Trẻ này được xác định **KHÔNG ĐỦ TIÊU CHUẨN** cho giáo dục đặc biệt và những dịch vụ liên quan qua IEP.

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

PHẦN VIII – THỎA THUẬN CỦA PHỤ HUYNH (*Lúc 3 tuổi hoặc Trước 3 tuổi)*

Lựa chọn của Gia đình: Đồng ý Tiếp tục Hoặc Yêu cầu Chấm dứt Dịch vụ IFSP

Gia đình Có quyền Lựa chọn

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

LỰA CHỌN CỦA GIA ĐÌNH

Đánh dấu MỘT ô.

❑ Tôi/Chúng tôi đồng ý **tiếp tục** dịch vụ can thiệp sớm cho con tôi/chúng tôi và gia đình qua IFSP sau sinh nhật thứ ba của con tôi/chúng tôi.

❑ Tôi/Chúng tôi yêu cầu **chấm dứt** dịch vụ can thiệp sớm cho con tôi/chúng tôi và gia đình qua IFSP lúc 3 tuổi.

Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện		*Ngày*
Điều phối viên Dịch vụ		*Ngày*
Người tham gia Khác	*Cơ quan/Chức vụ*	*Ngày*
Người tham gia Khác	*Cơ quan/Chức vụ*	*Ngày*

Tên của Trẻ:	Số ID:	Ngày Họp IFSP:

Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP)
MẪU BỔ SUNG/THAY ĐỔI

Kiểm tra IFSP

THAY ĐỔI THÔNG TIN VỀ TRẺ EM VÀ GIA ĐÌNH

(Thay đổi thông tin nhân khẩu học KHÔNG cần chữ ký phụ huynh.)

Thông tin về Trẻ em:

Tên của Trẻ:_____

Địa chỉ:_____

_____

Điện thoại: _____

Ngày sinh: _____

Hỗ trợ Y tế #: _____

Thông tin về Gia đình:

Tên: _____

Địa chỉ:_____

_____

Điện thoại: _____

E-mail: _____

Quan hệ với Trẻ em:_____

Thông tin về Điều phối viên Dịch vụ:

Tên của Trẻ:_____

Cơ quan:_____

Điện thoại: _____

E-mail: _____

KIỂM TRA IFSP

Loại Kiểm tra: Chọn ***một***.

Ngày Họp: _____

- ❑ Sáu Tháng
- ❑ Hàng năm
- ❑ Yêu cầu của Nhà cung cấp Dịch vụ
- ❑ Yêu cầu của Phụ huynh
- ❑ Yêu cầu của Nhà cung cấp Dịch vụ/Phụ huynh

Tình trạng Kiểm tra: Chọn ***một***.

- ❑ Tiếp tục IFSP
- ❑ Sửa đổi IFSP
  - ❑ Bổ sung Dịch vụ
  - ❑ Sửa đổi Dịch vụ
  - ❑ Kết thúc Dịch vụ
  - ❑ Bổ sung/Sửa đổi Kết quả
- ❑ Kết thúc IFSP *(Nếu chọn, hãy điền phần "Lý do Tình trạng Ngừng hoạt động" dưới đây.)*

Lý do của Tình trạng Ngừng hoạt động: Chọn ***một***.

Ngày Ngừng hoạt động: _____

- ❑ Nỗ lực liên lạc không thành công *(Sơ sinh đến Tuổi Mẫu giáo)*
- ❑ Hoàn tất IFSP trước khi đến 3 tuổi *(Sơ sinh đến 3 tuổi)*
- ❑ Chết *(Sơ sinh đến Tuổi Mẫu giáo)*
- ❑ Được xác định không đủ tiêu chuẩn (***Ghi chú:*** Trẻ này không bao giờ đủ tiêu chuẩn.) *(Sơ sinh đến 3 tuổi)*
- ❑ Chuyển ra khỏi tiểu bang *(Sơ sinh đến Tuổi Mẫu giáo)*
- ❑ Chuyển đến khu vực hành chính khác *(Sơ sinh đến Tuổi Mẫu giáo) Tên Khu vực:*_____
- ❑ Phụ huynh rút tên *(Sơ sinh đến Tuổi Mẫu giáo)*
- ❑ Chuyển tiếp lúc 3 tuổi (Không Tiếp tục IFSP) *(Sơ sinh đến 3 tuổi)*
- ❑ Hoàn tất IFSP trước khi đến Tuổi Mẫu giáo *(Từ 3 tuổi đến Tuổi Mẫu giáo)*
- ❑ Chuyển tiếp sau 3 tuổi *(Từ 3 tuổi đến Tuổi Mẫu giáo)*

Tôi/Chúng tôi đã được thông báo về việc kiểm tra IFSP này. Tôi/Chúng tôi đã có cơ hội tham gia vào việc kiểm tra IFSP này. Tôi/Chúng tôi đã được thông báo về quyền phụ huynh của mình qua thông báo về Q*uyền Phụ huynh: Thông báo Biện pháp Bảo Vệ theo Thủ tục Maryland* và cho phép chương trình can thiệp sớm thực hiện chỉnh sửa IFSP dựa trên lần kiểm tra này.

_____
Chữ ký Phụ huynh/Người giám hộ/Người đại diện *Ngày*

_____
Điều phối viên Dịch vụ *Ngày*

_____
Người tham gia Khác *Cơ quan/Chức vụ* *Ngày*

_____
Người tham gia Khác *Cơ quan/Chức vụ* *Ngày*