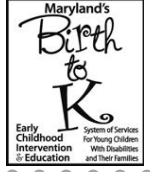


خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)



| | | | | | | | |
|------|-------------|---------------|------|-------|---------------|------------------------|----------------|
| سنوي | مراجعة أخرى | مراجعة 6 أشهر | مبني | مرحلي | نوع الاجتماع: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: | تاريخ الإحالة: |
|------|-------------|---------------|------|-------|---------------|------------------------|----------------|

| معلومات الطفل والأسرة | | | | | | | |
|----------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------|--|-----------------------|--|
| اسم الطفل (الأول/الأوسط/الأخير): | | | | | | | |
| رقم تعريف الهوية: | | رقم المساعدات الطبية (MA): | | تاريخ الميلاد: | | | |
| رقم هاتف المنزل: | | | | العنوان: | | | |
| اسم ولي الأمر/الوصي/النائب: | | | | | | | |
| رقم هاتف المنزل: | | رقم هاتف العمل: | | العنوان: | | | |
| رقم الهاتف المحمول: | | رقم هاتف العمل: | | العنوان: | | | |
| رقم الهاتف المحمول: | | رقم الهاتف المحمول: | | البريد الإلكتروني: | | | |
| أفضل وسيلة اتصال: | | هاتف المنزل | | هاتف العمل | | الوقت الأفضل للاتصال: | |
| الهاتف المحمول | | الهاتف المحمول | | الهاتف المحمول | | البريد الإلكتروني | |

| أعضاء فريق خطة IFSP | |
|---|--|
| ساهم أعضاء الفريق التالي ذكرهم في تطوير خطة IFSP هذه: | |
| ولي (وليا) الأمر/الوصي/النائب | ولي (وليا) الأمر/الوصي/النائب |
| المقيم/المقَدِّر/مقدم الخدمات | منسق الخدمات |
| المقيم/المقَدِّر/مقدم الخدمات | منسق الخدمات المؤقتة/البديلة (إذا كان ينطبق) |
| مشارك آخر، المنصب، الوكالة | ممثّل الوكالة الرئيسية (إذا كان ينطبق) |

| معلومات منسق الخدمات | |
|--|--------------------|
| إذا كانت لديك أسئلة عن خطة IFSP هذه أو عن أي من الأفراد الذين يعملون مع طفلك وأسرتك، فاتصل بمنسق الخدمات الخاص بك. | |
| اسم منسق الخدمات: | |
| الوكالة: | |
| العنوان: | |
| رقم هاتف العمل: | البريد الإلكتروني: |

تواريخ اجتماعات خطة IFSP المجدولة

| اجتماع تخطيط الانتقال | المراجعة السنوية لخطة IFSP | مراجعة الستة أشهر لخطة IFSP | |
|-----------------------------|---|---|-------------------------|
| | | | |
| لا <input type="checkbox"/> | هل قام ولي الأمر بالطلب؟ <input type="checkbox"/> | هل تم إبلاغ ولي الأمر؟ <input type="checkbox"/> | الترجمة إلى اللغة الأم: |

الجزء 1 - معلومات عن نمو طفلي القسم أ - المعلومات الصحية

الصحة العامة

| | | |
|--|---------------|-----------------------------|
| كم كان العمر الحملي لطفلك عند الولادة؟ | _____ أسبوعًا | _____ يومًا |
| كم كان وزن طفلك؟ | _____ رطلاً | _____ أونصة أو _____ جرامًا |
| من هو طبيب الرعاية الأولية الخاص بك أو أخصائي الرعاية الصحية الآخر الخاص بك؟ | د. اسم الطبيب | |
| رقم الهاتف: | | |

التطعيمات

| | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| هل تطعيمات طفلك مستكملة حتى آخر تطعيم متاح؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لست متأكدًا | <input type="checkbox"/> لا ينطبق |
| تأكد من فهم الأسرة لمتطلبات المدرسة فيما يخص التطعيمات بحلول الوقت الذي يكون فيه الطفل جاهزًا للانتقال إلى برنامج الطفولة المبكرة في المجتمع/المدرسة. | | | | |

فحص/اختبار الرصاص

| | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|--|
| هل تم قياس مستوى الرصاص لدى طفلك؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | إذا كانت الإجابة نعم ، فماذا كان المستوى؟ _____ |
| هل هناك أي مخاوف بشأن مستوى الرصاص لدى طفلك؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | إذا كانت الإجابة نعم ، يُرجى التوضيح. _____ |

التغذية

| | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| هل هناك أي مخاوف بشأن تناول طفلك للطعام أو تغذيته العامة أو نموه؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| إذا كانت الإجابة نعم ، يُرجى التوضيح. | _____ | |

المخاوف المتعلقة بالصحة العامة

| |
|---|
| فكر في حالة طفلك الصحية الحالية. هل هناك أي شيء بشأن صحة طفلك (معدات خاصة أو حالات حساسية أو معلومات أخرى خاصة بالصحة العقلية أو البدنية) ينبغي أن يعرفها الفريق من أجل تخطيط الخدمات وتقديمها لطفلك وأسرته بشكل أفضل، بما في ذلك وجود تشخيصات محددة؟ |
| _____ |

الجزء 1 - معلومات عن نمو طفلي

القسم ب - تقييم الأهلية

| | | |
|---------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| حالة التقييم: | <input type="checkbox"/> أهلية أولية | <input type="checkbox"/> أهلية مستمرة |
|---------------|--------------------------------------|---------------------------------------|

تقييم النمو

| الوصف النوعي | المستوى العمري / النطاق العمري | العمر المصحح (إذا كان ينطبق) | العمر الزمني | اسم أداة التقييم | تاريخ التقييم (الشهر/اليوم/العام) | |
|--|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| | | | | | | الجانب الإدراكي |
| | | | | | | التواصل |
| | | | | | | الجانب الاجتماعي/العاطفي |
| | | | | | | الجانب التكيفي |
| | | | | | | المهارات الحركية الدقيقة |
| | | | | | | المهارات الحركية الكبرى |
| | | | | | | السمع |
| هل اجتاز طفلك فحصًا عالميًا للسمع لحديثي الولادة؟ | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | |
| هل زار طفلك أخصائي سمعيات لإجراء تقييم كامل للسمع؟ | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | |
| هل هناك أي مخاوف بشأن السمع لدى طفلك؟ | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | |
| | | | | | | نتائج التقييم/الملاحظة: |
| | | | | | | الرؤية |
| هل تم اختبار الرؤية لدى طفلك؟ | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | |
| هل هناك أي مخاوف بشأن الرؤية لدى طفلك؟ | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> لا | |
| | | | | | | نتائج التقييم/الملاحظة: |

الأهلية

إن طفلك مؤهل لتلقي خدمات التدخل المبكر بناءً على نتائج عملية تقييم النمو. تعتمد الأهلية على الفئة الواحدة الموضوع بجانبها علامة أناه.

تأخر في النمو بنسبة 25٪ على الأقل

إن طفلك مؤهل لخدمات التدخل المبكر لأنه يعاني من تأخر في ناحية أو أكثر من نواحي النمو بنسبة 25٪ على الأقل.

نمو أو سلوك غير نمطيين

إن طفلك مؤهل لخدمات التدخل المبكر نظرًا لإظهاره نموًا أو سلوكًا غير نمطيين في ناحية أو أكثر من نواحي النمو، وهو ما سينتج عنه على الأرجح تأخرًا لاحقًا.

حالة بدنية أو عقلية مشخصتان ترتفع فيهما احتمالات تأخر النمو

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

إن طفلك مؤهل لخدمات التدخل المبكر نظراً لإصابته بالحالة (الحالات) البدنية أو العقلية المشخصة التالية التي من المرجح بصورة كبيرة أن ينتج عنها تأخر في النمو:

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

الجزء 2 - تقرير طفلي وأسرتي

القسم أ - التقييم: الممارسات الروتينية/الأنشطة والبيئات الطبيعية

إن الهدف من خدمات التدخل المبكر هو دعم مشاركة طفلك الناجحة في الأنشطة اليومية في المنزل والمجتمع، والتي تكون ذات معنى بالنسبة لك ولأسرتك. لذلك، فمن المهم فهم قدرات طفلك الوظيفية في إطار هذه الأنشطة والبيئات. يمكنك المشاركة بقدر المعلومات الذي تشاء سواء زاد أو قل.

تقييم الطفل والأسرة (ضع علامة على التقييم المستخدم):

مقابلة قائمة على الممارسات الروتينية (RBI) اذهب إلى الجزء 2 القسم ب

مقياس تقييم استمتاع الأسرة في إطار الممارسات الروتينية (SAFER) اذهب إلى الجزء 2 القسم ب

قسم الممارسات الروتينية والأنشطة اليومية من خطة IFSP

رفضت الأسرة إجراء التقييم الموجه للأسرة

الممارسات الروتينية والأنشطة اليومية

التاريخ:

| الممارسة الروتينية/النشاط | ما الذي يحدث الآن، ومع من، وأين؟ | كيف يسير الأمر؟ |
|--|---|-------------------------------|
| الاستيقاظ | كيف يتفاعل طفلك ويتواصل مع الآخرين أثناء هذا النشاط؟ كيف يتعلم طفلك بشأن هذا النشاط ليشارك بشكل ناجح؟ ما هي أنواع السلوكيات التي يستخدمها طفلك ليحقق رغبته واحتياجاته في هذا النشاط؟ ما مدى استقلاله؟ كيف ترى سلوكه في هذا النشاط مقارنة بالأطفال الآخرين من عمره؟ | بشكل جيد |
| ارتداء الملابس | | توجد بعض المخاوف |
| استخدام الحفاضة/المرحاض | | توجد الكثير من المخاوف |
| وقت الطعام/الوجبات الخفيفة | | ما الذي تريد أن تراه مختلفاً؟ |
| اللعب | | |
| الانتقالات | | |
| النزهات | | |
| وقت تلقي خدمات رعاية الطفل | | |
| الوقت مع الأسرة، الأصدقاء، الأطفال الآخرين | | |
| وقت الاستحمام | | |
| وقت القراءة | | |
| القبولة/وقت النوم | | |
| غير ذلك: | | |

| الممارسة الروتينية/النشاط | ما الذي يحدث الآن، ومع من، وأين؟ | كيف يسير الأمر؟ |
|--|---|---|
| الاستيقاظ | كيف يتفاعل طفلك ويتواصل مع الآخرين أثناء هذا النشاط؟ كيف يتعلم طفلك بشأن هذا النشاط ليشارك بشكل ناجح؟ ما هي أنواع السلوكيات التي يستخدمها طفلك ليحقق رغبته واحتياجاته في هذا النشاط؟ ما مدى استقلاله؟ كيف ترى سلوكه في هذا النشاط مقارنة بالأطفال الآخرين من عمره؟ | <input type="checkbox"/> بشكل جيد |
| ارتداء الملابس | | <input type="checkbox"/> توجد بعض المخاوف |
| استخدام الحفاضة/المرحاض | | <input type="checkbox"/> توجد الكثير من المخاوف |
| وقت الطعام/الوجبات الخفيفة | | ما الذي تريد أن تراه مختلفاً؟ |
| اللعب | | |
| الانتقالات | | |
| النزهات | | |
| وقت تلقي خدمات رعاية الطفل | | |
| الوقت مع الأسرة، الأصدقاء، الأطفال الآخرين | | |
| وقت الاستحمام | | |

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

| | | |
|--|--|-------------------|
| | | وقت القراءة |
| | | القبولة/وقت النوم |
| | | غير ذلك: |
| | | |

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

الجزء 2 - تقرير طفلي وأسرتي

القسم ب - التقييم: موارد أسرتنا وأولوياتها ومخاوفها

أحد أهداف التدخل المبكر هو تمكين الأسر من توفير الرعاية لطفلها وامتلاكها الموارد التي تحتاج إليها للمشاركة في الأنشطة الأسرية والمجتمعية التي ترغب بها، وهو ما يتضمن تمكنها من وصف قدرات طفلها والتحديات التي يواجهها ومساعدة طفلها على النمو والتعلم.

| | |
|--------------|---|
| موارد الأسرة | الموارد التي يمتلكها طفلي/أسرتي للدعم، بما في ذلك الأشخاص، الأنشطة، البرامج/المنظمات. |
| | من يعيش معك بالمنزل؟ من يوفر الدعم لأسرتك؟ يمكن أن يتضمن ذلك الأجداد، العمات/الخالات، الأعمام/الأخوال، الأصدقاء، المجموعات/المنظمات (رعاية الطفل، برنامج WIC، مجموعات أولياء الأمور، الزائرين المنزليين)، الأطباء، الممرضات، إلخ. |

| | |
|----------------|---|
| أولويات الأسرة | أمنياتي وأحلامي لطفلي. أهم الأشياء بالنسبة لطفلي و/أو أسرتي في الوقت الحالي. |
| | بشكل عام، ما هي نقاط قوة طفلك وقدراته واهتماماته؟ ما هي أولوياتك بالنسبة لطفلك وأسرتك بناءً على المناقشة بشأن أنشطتك وممارساتك الروتينية اليومية؟ |

| | |
|--------------|---|
| مخاوف الأسرة | المخاوف التي تراودني بشأن صحة طفلي ونموه. المعلومات، الموارد، وسائل الدعم التي أحتاج إليها أو أربح فيها لطفلي و/أو أسرتي. |
| | ما هي الأمور التي يساورك القلق بشأنها؟ ما هي الأشياء التي ترغب في تغييرها إذا كان بإمكانك؟ |

الصلات المجتمعية: ضع علامة على الموارد/الخدمات التي تريد أسرتك معرفة المزيد من المعلومات عن التواصل معها:

الأماكن التي يستطيع فيها طفلي اللعب مع الأطفال الآخرين في المجتمع

رعاية الطفل

مركز Judy Center

الملبس، الطعام، إلخ.

شبكات دعم الأسرة/شركاء مرحلة ما قبل المدرسة

مساعدات الإسكان

الرعاية الصحية و/أو الصحة العقلية و/أو التأمين الصحي

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

تشخيص حالة طفلي أو إعاقته
التحدث مع أولياء أمور آخرين
دعم/تدريب/حماية أولياء الأمور
غير ذلك:

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

الجزء 2 – تقرير طفلي وأسرتي

القسم ج – ملخص التقييم: المستويات الحالية للنمو الوظيفي

أثناء التقييم الخاص بعملية الأهلية، قمنا بالنظر في مستوى نمو طفلك في خمسة جوانب. أثناء عملية تقييم الطفل والأسرة، جمعنا معلومات بشأن قدرات طفلك الوظيفية في الأنشطة والممارسات الروتينية اليومية. تتداخل قدرات الأطفال الوظيفية مع جوانب النمو لذلك نقوم بدمجها ونلخص جميع القدرات الوظيفية ونقاط القوة والاحتياجات في ثلاث نواحٍ للنتائج الوظيفية. يُعد هذا ملخصاً لما اكتشفناه، وذلك حتى تلائم خطتنا نقاط قوة واهتمامات طفلك المتعلقة بالنمو بشكل جيد. قد تتضمن مصادر المعلومات المحادثات التي دارت بيننا والملاحظات الخاصة بطفلك في الممارسات الروتينية اليومية وتقييمات الأهلية وأنشطة تقييم الطفل والأسرة والتقارير الخارجية.

بالإضافة إلى ذلك، سننظر وسنحدد، معاً، كيف يؤدي طفلك في هذه النواحي الثلاث مقارنة بالأطفال الآخرين من نفس عمره. ويتيح لنا هذا مساعدتك في دعم نمو طفلك ومشاركته في الأنشطة اليومية ويساعدنا على فهم كيفية استفادة الأطفال من المشاركة في برنامج الرضع والأطفال حديثي المشي بولاية ماريلاند.

بالإضافة إلى تقييم الأهلية (الجزء 1، القسم ب) وتقييم الطفل والأسرة (الجزء 2، القسم أ وب)، اذكر أي تقييمات إضافية مستخدمة في إعداد هذا الملخص، وتاريخ إكمال هذه التقييمات:

التقييم: التاريخ:

التقييم: التاريخ:

ملاحظة: يجب التعامل مع نقاط القوة والاحتياجات في جميع الجوانب المتعلقة بالنمو بما في ذلك: الجانب الإدراكي والتواصل (التعبيري والاستقبالي) والاجتماعي والعاطفي والتكفي/المساعدة الذاتية والمهارات الحركية الدقيقة والمهارات الحركية الكبرى في سياق:

تطوير المهارات والعلاقات الاجتماعية الإيجابية، واكتساب واستخدام المعرفة والمهارات، واستخدام السلوكيات الملائمة لتلبية الاحتياجات.

تطوير المهارات والعلاقات الاجتماعية الإيجابية:

يشير هذا إلى كيفية تعامل الأطفال مع من حولهم – أولياء أمورهم ومقدمي الرعاية الخاصين بهم وإخوتهم وأقربائهم والأطفال الصغار الآخرين. يشمل هذا العديد من المهارات المختلفة مثل التواصل وإظهار المشاعر بالشكل الصحيح والتحكم في سلوكهم الخاص. يتطلب وجود علاقات اجتماعية إيجابية أيضاً من الأطفال الصغار اتباع قواعد خاصة بكيفية التفاعل، مثل انتظار الدور أو المشاركة.

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| مهارات الطفل تشبه مهارات طفل أصغر منه بكثير. يظهر الطفل مهارات مبكرة للغاية ولكنها ليست بعد بالمهارات التأسيسية المباشرة أو المهارات المتوقعة بالنسبة لعمره في هذه الناحية. | مهارات الطفل تشبه مهارات طفل أصغر منه بكثير. لدى الطفل بعض المهارات التأسيسية الناشئة أو المباشرة التي ستساعده في التقدم نحو المهارات المناسبة لعمره في هذه الناحية. | مهارات الطفل تشبه مهارات طفل أصغر منه. لا يستخدم الطفل بعد المهارات المتوقعة لعمره ولكنه يستخدم العديد من المهارات التأسيسية المباشرة والمهمة للبناء عليها في هذه الناحية. | يظهر الطفل استخداماً عرضياً لبعض المهارات المتوقعة بالنسبة لعمره، ولكن أكثر مهاراته ليست بالنسبة لعمره في هذه الناحية. لا يزال الطفل يظهر الكثير من المهارات التي تشبه مهارات طفل أصغر. | يظهر الطفل العديد من المهارات المتوقعة بالنسبة لعمره ولكنه لا يزال يظهر بعض الأداء الوظيفي الذي يمكن وصفه بأنه يشبه الأداء الوظيفي لطفل أصغر قليلاً في هذه الناحية. | لدى الطفل المهارات التي نتوقعها بالنسبة لعمره في هذه الناحية ولكن هناك مخاوف. | لدى الطفل جميع المهارات التي نتوقعها لطفل في عمره في هذه الناحية. |
| هل أظهر الطفل أي مهارات أو سلوكيات جديدة مرتبطة بهذه الناحية منذ آخر ملخص؟ | نعم | لا | لا ينطبق | | | |

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

الجزء 2 - تقرير طفلي وأسرتي

القسم ج - ملخص التقييم: المستويات الحالية للنمو الوظيفي (تابع)

اكتساب واستخدام المعرفة والمهارات: يشير هذا إلى مهارات التفكير والتعلم والاستدلال والمهارات الخاصة بالذاكرة وحل المشكلات، والمعرفة العامة التي يكتسبها الأطفال عن عالمهم مثل مفاهيم الأكثر والأقل والألوان والأشكال، والقصص والكتب، واستخدام هذه المعرفة للمشاركة في الأنشطة اليومية. ويتمحور ذلك حول التعليم المبكر والكيفية التي يفهم بها الأطفال عالمهم ويكتسبون بها المهارات التي يحتاجون إليها ليكونوا ناجحين في المدرسة وخارجها.

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| لدى الطفل جميع المهارات التي نتوقعها لطفل في عمره في هذه الناحية. | لدى الطفل المهارات التي نتوقعها بالنسبة لعمره في هذه الناحية ولكن هناك مخاوف. | يظهر الطفل العديد من المهارات المتوقعة بالنسبة لعمره ولكنه لا يزال يظهر بعض الأداء الوظيفي الذي يمكن وصفه بأنه يشبه الأداء الوظيفي لطفل أصغر قليلاً في هذه الناحية. | يظهر الطفل استخدامًا عرضيًا لبعض المهارات المتوقعة بالنسبة لعمره، ولكن أكثر مهاراته ليست بعد بالمهارات المتوقعة بالنسبة لعمره في هذه الناحية. لا يزال الطفل يظهر الكثير من المهارات التي تشبه مهارات طفل أصغر. | مهارات الطفل تشبه مهارات طفل أصغر منه. لا يستخدم الطفل بعد المهارات المتوقعة لعمره ولكنه يستخدم العديد من المهارات التأسيسية المباشرة والمهمة للبناء عليها في هذه الناحية. | مهارات الطفل تشبه مهارات طفل أصغر منه بكثير. لدى الطفل بعض المهارات التأسيسية الناشئة أو المباشرة التي ستساعده في التقدم نحو المهارات المناسبة لعمره في هذه الناحية. | مهارات الطفل تشبه مهارات طفل أصغر منه بكثير. يظهر الطفل مهارات مبكرة للغاية ولكنها ليست بعد بالمهارات التأسيسية المباشرة أو المهارات المتوقعة بالنسبة لعمره في هذه الناحية. |
| لا ينطبق | لا | نعم | هل أظهر الطفل أي مهارات أو سلوكيات جديدة مرتبطة بهذه الناحية منذ آخر ملخص؟ | | | |

استخدام السلوكيات الملائمة لتلبية الاحتياجات: يشير هذا إلى تمكن الأطفال من الاعتناء بأنفسهم واستخدام الطرق المناسبة للحصول على ما يحتاجون إليه ويرغبون فيه. يتضمن هذا الأنشطة اليومية مثل تناول الطعام وارتداء الملابس واللعب بالألعاب والقيام باختيارات والتحرك من مكان إلى آخر، وكذلك كيفية استجابتهم للتحديات التي يواجهونها أو التأخير في الحصول على ما يرغبون فيه. يشير ذلك أيضًا إلى كون الأطفال على دراية بالمواقف التي قد تكون خطيرة واستجابتهم لها. يركز هذا بشكل أساسي على نشأة الاستقلال.

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|---|
| | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| لدى الطفل جميع المهارات التي نتوقعها لطفل في عمره في هذه الناحية. | لدى الطفل المهارات التي نتوقعها بالنسبة لعمره في هذه الناحية ولكن هناك مخاوف. | يظهر الطفل العديد من المهارات المتوقعة بالنسبة لعمره ولكنه لا يزال يظهر بعض الأداء الوظيفي الذي يمكن وصفه بأنه يشبه الأداء الوظيفي لطفل أصغر قليلاً في هذه الناحية. | يظهر الطفل استخداماً عرضياً لبعض المهارات المتوقعة بالنسبة لعمره، ولكن أكثر مهاراته ليست بعد بالمهارات المتوقعة بالنسبة لعمره في هذه الناحية. لا يزال الطفل يظهر الكثير من المهارات التي تشبه مهارات طفل أصغر. | مهارات الطفل تشبه مهارات طفل أصغر منه. لا يستخدم الطفل بعد المهارات المتوقعة لعمره ولكنه يستخدم العديد من المهارات التأسيسية المباشرة والمهمة للبناء عليها في هذه الناحية. | مهارات الطفل تشبه مهارات طفل أصغر منه بكثير. لدى الطفل بعض المهارات التأسيسية الناشئة أو المباشرة التي ستساعده في التقدم نحو المهارات المناسبة لعمره في هذه الناحية. | مهارات الطفل تشبه مهارات طفل أصغر منه بكثير. يظهر الطفل مهارات مكررة للغاية ولكنها ليست بعد بالمهارات التأسيسية المباشرة أو المهارات المتوقعة بالنسبة لعمره في هذه الناحية. |
| لا ينطبق | لا | نعم | هل أظهر الطفل أي مهارات أو سلوكيات جديدة مرتبطة بهذه الناحية منذ آخر ملخص؟ | | | |

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

الجزء 3 - النتائج الخاصة بطفلي وأسرتي

النتائج الخاصة بالطفل والأسرة

ستساعدك هذه المعلومات على دعم مشاركة طفلك في أنشطتك وممارساتك الروتينية اليومية بناءً على أولوياتك الخاصة بتعليمه ونموه. إن الأنشطة التي تركز عليها كنتائج تعمل كمقياس لتقدم طفلك ولكنها لن تكون الأنشطة الوحيدة التي يتم العمل عليها مع الفريق الخاص بك.

يدعم برنامج الرضع والأطفال حديثي المشي الأشخاص البالغين الذين يتفاعلون مع طفلك بشكل منتظم. كيف يتعلم البالغون الموجودون في حياة طفلك بأفضل شكل (القراءة، الممارسة، السمع، المشاهدة)؟

| عدد النتائج | النتائج وظيفية وقابلة للقياس وفي سياق الأنشطة والممارسات الروتينية اليومية. |
|-------------|---|
| | ما الذي نود أن نراه يحدث خلال أنشطتنا/ممارساتنا الروتينية اليومية؟ كيف سنعرف أننا قد حققنا ذلك؟ في أي وقت؟ |
| | |
| | الاستراتيجيات ما الذي يحدث حاليًا للتعامل مع هذه النتيجة؟ ما هي بعض الاستراتيجيات <u>المبدئية</u> للبدء/الاستمرار فيها؟ |
| | سيتم وضع استراتيجيات إضافية ومستمرة مرتبطة بهذه النتيجة بالاشتراك معك خلال زيارات التدخل المبكر. |
| | تتعامل نتيجة خطة IFSP هذه مع ما يلي: تطوير طفلك لعلاقات اجتماعية إيجابية اكتساب طفلك واستخدامه للمعرفة والمهارات استخدام طفلك للسلوكيات الملائمة لتلبية الاحتياجات النتيجة الخاصة بالأسرة |

| | | | |
|---|--------------------------------|--|--|
| النتائج التعليمية التي يتم التعامل معها (مطلوبة في عمر 3 أعوام أو أكبر) | <input type="checkbox"/> اللغة | <input type="checkbox"/> العمليات الحسابية | <input type="checkbox"/> مهارات ما قبل تعلم القراءة والكتابة |
|---|--------------------------------|--|--|

| مراجعة التقدم في النتائج | | | |
|---|--------|----------|----------------|
| رموز المراجعة: اختر الرمز الذي ينطبق بأفضل شكل. | الرمز: | التاريخ: | الأحرف الأولى: |
| 1- تحققت - قمنا بذلك! | | | تعليقات: |
| 2- قيد التقدم - نحرز تقدمًا. | | | |
| 3- تغيير الاحتياجات - فلنقم بتعديلات. | | | |

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| أ. مراجعة النتيجة | | | | |
| ب. تغيير الخدمة | | | | |
| ج. غير ذلك: | | | | |
| 4- لم تعد ضرورية - فلنركز على شيء آخر. | | | | |
| 5- مؤجلة | | | | |

الجزء 4 - خدمات ووسائل دعم التدخل المبكر الخاصة بنا

ملخص خدمات التدخل المبكر

يتم تحديد وسائل الدعم والخدمات بعد وضع النتائج الوظيفية لخطة IFSP. تُصمم هذه الخدمات والوسائل لتعزيز قدرة الأسر على دعم تعليم طفلهم ونموه من خلال المشاركة الوظيفية في الأنشطة الأسرية والاجتماعية. تقع على عاتق كل وكالة أو شخص لهما دور مباشر في تقديم خدمات التدخل المبكر مسؤولية دعم الأسرة لتحقيق النتائج الخاصة بخطة IFSP هذه.

| الخدمة | التركيز | التكرار | | | موقع الخدمة الأسري | منسق خدمات الأسرة | اسم مقدم الخدمة: |
|---|---|----------------------|-------------|--------------|--------------------|-------------------|------------------|
| | | عدد الدقائق لكل جلسة | عدد الجلسات | معدل التكرار | | | |
| المنزل <input type="checkbox"/> المجتمع <input type="checkbox"/> غير ذلك* <input type="checkbox"/> *اذكر السبب | <input type="checkbox"/> الفرد <input type="checkbox"/> المجموعة | | | | | | |
| | | | | | | | |
| معلومات الاتصال: | | | | | | | اسم مقدم الخدمة: |
| المنزل <input type="checkbox"/> المجتمع <input type="checkbox"/> غير ذلك* <input type="checkbox"/> *اذكر السبب | <input type="checkbox"/> الفرد <input type="checkbox"/> المجموعة | | | | | | |
| | | | | | | | |
| معلومات الاتصال: | | | | | | | اسم مقدم الخدمة: |
| المنزل <input type="checkbox"/> المجتمع <input type="checkbox"/> غير ذلك* <input type="checkbox"/> *اذكر السبب | <input type="checkbox"/> الفرد <input type="checkbox"/> المجموعة | | | | | | |
| | | | | | | | |
| معلومات الاتصال: | | | | | | | اسم مقدم الخدمة: |
| المنزل <input type="checkbox"/> المجتمع <input type="checkbox"/> غير ذلك* <input type="checkbox"/> *اذكر السبب | <input type="checkbox"/> الفرد <input type="checkbox"/> المجموعة | | | | | | |
| | | | | | | | |
| معلومات الاتصال: | | | | | | | اسم مقدم الخدمة: |
| المنزل <input type="checkbox"/> المجتمع <input type="checkbox"/> غير ذلك* <input type="checkbox"/> *اذكر السبب | <input type="checkbox"/> الفرد <input type="checkbox"/> المجموعة | | | | | | |
| | | | | | | | |
| معلومات الاتصال: | | | | | | | اسم مقدم الخدمة: |

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

مناقشة تقديم خدمة (خدمات) التدخل المبكر:

*إذا لم تكن خدمات التدخل المبكر تقدّم في بيئة طبيعية، فما السبب وراء قرار فريق خطة IFSP بأنه لا يمكن تحقيق النتائج في البيئة الطبيعية؟

الخدمات الخاصة بالأطفال المكفوفين/ذوي الإعاقات البصرية أو الصم/ضعاف السمع

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| هل تم تقديم معلومات لأولياء الأمور بشأن مدرسة ماريلاند للمكفوفين؟ | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | لا ينطبق <input type="checkbox"/> |
| هل تم تقديم معلومات لأولياء الأمور بشأن مدرسة ماريلاند للصم؟ | نعم <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | لا ينطبق <input type="checkbox"/> |

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

الجزء 5 - تخطيط الانتقال الخاص بطفلي القسم أ - تحديد الانتقالات

تحدث الانتقالات على مدار مشاركة الأسرة في خدمات التدخل المبكر. بعض الانتقالات غير رسمية، مثل الانتقال إلى المنزل بعد الوجود في المستشفى أو إلى مقدم رعاية طفل جديد أو عندما يبدأ ولي الأمر العمل في وظيفة جديدة. تشير الانتقالات أيضاً إلى الانتقال من التدخل المبكر واحتمال الانتقال إلى برنامج آخر في المجتمع أو المدرسة. يمكن أن يقوم فريق خطة IFSP الخاص بك بمساعدتك في التخطيط لجميع أنواع الانتقالات لتتم بسلاسة.

الانتقالات المحددة:

الانتقال قبل عمر 3 أعوام **توجه إلى الملاحظات/الخطوات المستقبلية للانتقال**

الانتقال في عمر 3 أعوام

تاريخ اجتماع تخطيط الانتقال (يجب أن يكون ذلك قبل عمر 33 شهراً):

| | |
|---|--|
| إذا تم عقد اجتماع تخطيط الانتقال بعد وصول عمر الطفل إلى 33 شهراً، فقم بوضع علامة على الإجابة أدناه التي توضح السبب. (ضع علامة على مربع واحد فقط.) | إذا لم يتم عقد اجتماع تخطيط الانتقال على الإطلاق قبل عيد الميلاد الثالث للطفل، فقم بوضع علامة على الإجابة أدناه التي توضح السبب. (ضع علامة على مربع واحد فقط.) |
| كانت محاولات التواصل مع الأسرة غير ناجحة | كانت محاولات التواصل مع الأسرة غير ناجحة |
| تمت إحالة الطفل في عمر 31.5 شهراً أو بعد ذلك | تمت إحالة الطفل في عمر 34.5 شهراً أو بعد ذلك |
| طلبت الأسرة إعادة تحديد موعد للاجتماع أو تأخيره | رفضت الأسرة المشاركة في الاجتماع |
| غير ذلك: | غير ذلك: |

التفكير في الأهلية لتلقي تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة لمرحلة ما قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة (الجزء ب)

يرغب ولي الأمر في التفكير في الأهلية للجزء ب

لا يرغب ولي الأمر في التفكير في الأهلية للجزء ب

نتائج الاجتماع الأولي الخاص بتحديد الأهلية لبرنامج التعليم الفردي (IEP) (يتم الإكمال بواسطة طاقم عمل تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة)

طاقم عمل تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة: أكمل هذا القسم وأرسله إلى إدخال البيانات الخاص بالجزء ج مباشرة بعد الاجتماع الأولي الخاص بتحديد الأهلية لبرنامج IEP. ضع علامة على العبارة التي تشير إلى النتائج الخاصة بالاجتماع الأولي الخاص بتحديد الأهلية لبرنامج IEP.

يتم تحديد أن الطفل مؤهل للخدمات المستمرة من خلال خطة IFSP أو تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة لمرحلة ما قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج IEP.

يتم تحديد أن الطفل غير مؤهل للخدمات المستمرة من خلال خطة IFSP أو تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة لمرحلة ما قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج IEP.

توجه إلى الملاحظات/الخطوات المستقبلية للانتقال

الانتقال بعد عمر 3 أعوام

تاريخ اجتماع تخطيط الانتقال:

| | |
|---|---|
| إذا تم عقد اجتماع تخطيط الانتقال في موعد يتجاوز 90 يوماً قبل الوقت الذي لا يعود فيه الطفل مؤهلاً، فقم بوضع علامة على الإجابة أدناه التي توضح السبب. (ضع علامة على مربع واحد فقط.) | إذا لم يتم عقد اجتماع تخطيط الانتقال على الإطلاق قبل الوقت الذي لا يعود فيه الطفل مؤهلاً، فقم بوضع علامة على الإجابة أدناه التي توضح السبب. (ضع علامة على مربع واحد فقط.) |
|---|---|

كانت محاولات التواصل مع الأسرة غير ناجحة

طلبت الأسرة إعادة تحديد موعد للاجتماع أو تأخيره

غير ذلك:

كانت محاولات التواصل مع الأسرة غير ناجحة

اخترت الأسرة خدمات برنامج IEP قبل الإطار الزمني الذي يبلغ 90 يوماً

رفضت الأسرة المشاركة في الاجتماع

غير ذلك:

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

التفكير في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة والخدمات ذات الصلة (الجزء ب)

قبل البدء في العام الدراسي الذي يلي عيد الميلاد الرابع للطفل:

يرغب وليا الأمر في التفكير في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة لمرحلة ما قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج IEP
لا يرغب وليا الأمر في التفكير في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة لمرحلة ما قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج IEP

في بداية العام الدراسي الذي يلي عيد الميلاد الرابع للطفل:

يرغب وليا الأمر في التفكير في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة لمرحلة ما قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج IEP
لا يرغب وليا الأمر في التفكير في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة لمرحلة ما قبل المدرسة والخدمات ذات الصلة من خلال برنامج IEP

توجه إلى الملاحظات/الخطوات المستقبلية للانتقال

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

الجزء 5 - تخطيط الانتقال الخاص بطفلي
القسم ب - تخطيط الانتقال

ملاحظات التخطيط/الخطوات المستقبلية للانتقال

الخدمات المجتمعية

هل تتم إحالة الأسرة إلى الخدمات المجتمعية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فضع علامة على الخدمات التي تنطبق.

| دعم الأسرة | رعاية/تدعيم قدرات الأطفال | الخاصة بالنمو/الطبية/الصحية |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> مركز دعم الأسرة <input type="checkbox"/> شبكات دعم الأسرة/شركاء مرحلة ما قبل المدرسة <input type="checkbox"/> برنامج زيارة منزلية (يُرجى التحديد): <hr/> <input type="checkbox"/> برنامج تثقيف أولياء الأمور <input type="checkbox"/> مجموعة دعم <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ | <input type="checkbox"/> معسكرات <input type="checkbox"/> برنامج Even Start <input type="checkbox"/> الرعاية النهارية الأسرية <input type="checkbox"/> رعاية الطفل الجماعية <input type="checkbox"/> برنامج Head Start <input type="checkbox"/> الإرشاد المنزلي لأولياء أمور الصغار في عمر ما قبل المدرسة (HIPPI) <input type="checkbox"/> مركز Judy Center <input type="checkbox"/> مجموعة لعب <input type="checkbox"/> برنامج لمرحلة ما قبل المدرسة: <input type="checkbox"/> عام <input type="checkbox"/> خاص <input type="checkbox"/> برنامج ترفيهي | <input type="checkbox"/> علاجات النمو <input type="checkbox"/> (بخلاف الجزء ج والجزء ب) <input type="checkbox"/> المعدات/الأجهزة <input type="checkbox"/> الرعاية الصحية المنزلية <input type="checkbox"/> التطعيمات <input type="checkbox"/> خدمات الصحة العقلية <input type="checkbox"/> الرعاية الصحية الأساسية <input type="checkbox"/> برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) |
| خدمات مجتمعية أخرى | | |

ملاحظات التخطيط/الخطوات المستقبلية للانتقال

| الشخص (الأشخاص) المسؤول(ون) | الأطر الزمنية | الأنشطة |
|-----------------------------|---------------|---------|
|-----------------------------|---------------|---------|

| | | | |
|--|------------------------|-------------------|------------|
| | تاريخ اجتماع خطة IFSP: | رقم تعريف الهوية: | اسم الطفل: |
|--|------------------------|-------------------|------------|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

الجزء 6 - موافقة ولي الأمر (بعمر ثلاثة أعوام أو قبل ذلك) اختيار الأسرة: الموافقة على استمرار أو طلب إنهاء خدمات خطة IFSP

تمتلك الأسر خياراً

- لقد تلقيتُ/تلقينا نسخة من الإخطار السنوي " دليل الأسرة للخطوات التالية عندما يصل طفلكم الذي يتلقى خدمات التدخل المبكر إلى عمر 3 أعوام - تمتلك الأسر خياراً."
- لقد تم إخطاري/إخطارنا بالاختلافات بين خدمات التدخل المبكر التي يتم تقديمها من خلال خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (IDEA) وخدمات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة لمرحلة ما قبل المدرسة التي يتم تقديمها من خلال برنامج التعليم الفردي (IEP) بموجب قانون IDEA.
- أنا أفهم/نحن نفهم أن طفلي/طفلتنا لديه خطة IFSP حالية وأن طفلي/طفلتنا قد ثبت أنه مؤهل لتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة لمرحلة ما قبل المدرسة باعتباره طفلاً ذا إعاقة بموجب قانون IDEA.
- لقد تم إخطاري بحقي/إخطارنا بحقنا في الاختيار بين خيار خطة IFSP للاستمرار في تلقي خدمات التدخل المبكر من خلال خطة IFSP أو في بدء خدمات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة لمرحلة ما قبل المدرسة من خلال برنامج IEP.
- أنا أفهم/نحن نفهم أنه إذا اخترت/اخترنا أن يتلقى طفلي/طفلتنا الخدمات من خلال برنامج IEP وإنهاء خدمات خطة IFSP، فلن يظل طفلي وأسرتي/طفلتنا وأسرتنا مؤهلين من خلال خطة IFSP.
- أنا أفهم/نحن نفهم أنه إذا اخترت/اخترنا أن يتلقى طفلي/طفلتنا الخدمات من خلال خطة IFSP، يمكنني/يمكننا في أي وقت إنهاء المشاركة في خدمات التدخل المبكر من خلال خطة IFSP واختيار بدء خدمات تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة لمرحلة ما قبل المدرسة من خلال برنامج IEP.
- أنا أفهم/نحن نفهم أن الوكالة الرئيسية المحلية مطالبة بالاستمرار في تقديم خدمات خطة IFSP بموجب خيار خطة IFSP الممتدة حتى التاريخ الذي يبدأ فيه تلقي الخدمات من خلال برنامج IEP. إلا أن، إذا اخترت/اخترنا خيار برنامج IEP ولكن مع رفض الموافقة على تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة والخدمة ذات الصلة المقدمة في خطة التعليم الفردي (IEP) التي وضعها فريق برنامج IEP، فأنا أفهم/نحن نفهم أنه سيتم إنهاء خدمات خطة IFSP.
- أنا أفهم/نحن نفهم أن موافقتي/موافقتنا على استمرار خدمات خطة IFSP هو أمر طوعي وأن باستطاعتي/استطاعتنا إلغاء الموافقة في أي وقت.

اختيار الأسرة

ضع علامة على مربع واحد.

أنا أوافق/نحن نوافق على استمرار خدمات التدخل المبكر لطفلي وأسرتي/طفلتنا وأسرتنا من خلال خطة IFSP بعد عيد الميلاد الثالث لطفلي/طفلتنا.

أنا أطلب/نحن نطلب إنهاء خدمات التدخل المبكر لطفلي وأسرتي/طفلتنا وأسرتنا من خلال خطة IFSP عند عمر 3 أعوام.

التاريخ

توقيع ولي (وليي) الأمر/الوصي/النائب

التاريخ

توقيع ولي (وليي) الأمر/الوصي/النائب

الجزء 7 - التصريحات
القسم أ - الموافقة الخاصة بقانون IDEA

التصريح (التصريحات)

موافقة ولي الأمر/الوصي/النائب

- كان لدي/لدينا الفرصة للمشاركة في وضع خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP) هذه وقد تم تزويدي/تزويدنا بإخطار معقول باجتماع خطة IFSP.
- تم إعلامي بحقوقتي/إعلامنا بحقوقنا الأبوية بموجب هذا البرنامج من خلال تلقي وثيقة الحقوق الأبوية: إخطار الضمانات الإجرائية بولاية ماريلاند وكتيب للأسرة عن نظام التدخل المبكر في ماريلاند.
- سوف يتم توفير خدمات التدخل المبكر كما هو موضح في خطة IFSP. أنا أفهم/نحن نفهم أن خطة IFSP ستتم مراجعتها كل ستة (6) أشهر على الأقل.
- أنا أفهم/نحن نفهم أن موافقتي/موافقتنا طوعية وأن باستطاعتي/استطاعتنا إلغاء الموافقة في أي وقت.
- أنا أفهم/نحن نفهم أن السجلات لن يتم الكشف عنها دون موافقتي/موافقتنا الموقعة والكتابية إلا بموجب أحكام قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA). يسمح هذا القانون بالكشف عن سجلات التدخل المبكر للوكالات المشاركة في نظام التدخل المبكر.
- أنا أفهم/نحن نفهم أن الوكالة الحكومية سوف تقدم معلومات من خلال قاعدة بيانات على مستوى الولاية. سوف يتم استخدام قاعدة البيانات هذه بواسطة إدارة التعليم بولاية ماريلاند (MSDE) ووكالات أخرى تابعة للولاية، حسبما يلزم، لإتاحة تمويل البرامج.
- تم إخطاري/إخطارنا بقرار (قرارات) فريق خطة IFSP بلغتي/لغتنا الأصلية أو بطريقة تواصل أخرى.
- تعكس هذه الخطة النتائج المهمة لطفلي وأسرتي/طفلنا وأسرتنا.
- أنا أفهم/نحن نفهم الخطة والحقوق الأبوية ونعطي الإذن بتطبيق خطة IFSP هذه.

التاريخ

توقيع ولي (ولي) الأمر/الوصي/النائب

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

الجزء 7 - التصريحات القسم ب - الموافقة على المساعدات الطبية (MA)

التصريح (التصريحات)

موافقة ولي الأمر/الوصي/النائب

يجب الحصول على موافقة ولي الأمر قبل قيام الوكالة مقدمة الخدمة بالكشف عن معلومات طفله المعرّفة للهوية الشخصية، لأغراض إرسال الفواتير، لإدارة الصحة في ماريلاند (MDH)، التي تعتبر الوكالة المسؤولة عن إدارة برنامج المساعدات الطبية (MA) بالولاية، وذلك بما يتوافق مع قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA) وقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (IDEA). بتقديم الموافقة، أنت تفهم وتوافق كتابيًا على أنه يمكن للوكالة الحكومية الوصول إلى حساب Medicaid الخاص بطفلك للدفع مقابل الخدمات المقدمة لطفلك.

من أجل توفير خدمات التدخل المبكر لطفلك، لا يمكن للوكالة مقدمة الخدمة:

- إلزامك بالتسجيل في برنامج MA الخاص بالولاية/أو الالتحاق به من أجل أن يتلقى طفلك الخدمات بموجب قانون IDEA؛
- إلزامك بتحمل نفقات من أموالك الخاصة مثل سداد مبالغ مقطوعة أو مدفوعات مشتركة تم تكبدها عند تقديم مطالبة بمقابل الخدمات؛
- استخدام مخصصات طفلك بموجب المساعدات الطبية إذا كان هذا الاستخدام:
 - سيؤدي إلى تقليل تغطية مدى الحياة المتاحة أو أي مخصصات مؤمنة أخرى، أو
 - سينتج عنه قيام أسرتك بالدفع مقابل الخدمات التي كانت ستغطيها المساعدات الطبية لولا ذلك واللازمة لطفلك خارج الوقت الذي يكون فيه طفلك بالمدرسة، أو
 - سيؤدي إلى زيادة الأقساط أو إلى توقف المخصصات أو التأمينات، أو
 - سيؤدي إلى المخاطرة بفقدان الأهلية لبرامج الإعفاء الخاصة بالخدمات المنزلية والمجتمعية، بناءً على النفقات المجمعة ذات الصلة بالصحة.

لديك الحق في سحب موافقتك على الكشف عن المعلومات المعرّفة للهوية الشخصية لبرنامج المساعدات الطبية بالولاية في أي وقت. إذا قمت بسحب الموافقة على أن تقوم الوكالة المقدمة للخدمة بالكشف عن المعلومات المعرّفة لشخصية طفلك، فلا يعني ذلك الوكالة المقدمة للخدمة من مسؤوليتها عن ضمان تقديم جميع الخدمات اللازمة لطفلك دون أي تكلفة يتحملها ولي الأمر.

هل طفلك مؤهل للحصول على MA؟

| | | |
|----------------------------|----|-----|
| رقم المساعدات الطبية (MA): | لا | نعم |
|----------------------------|----|-----|

- أنا أوافق على إدارة حالة خدمات التدخل المبكر وعلى أن منسق (منسقي) الخدمة المحدد في خطة IFSP هذه يمكن تعيينه كمنسق (منسقي) خدمات MA (COMAR 10.09.40). أنا أفهم أن لدي الحرية في اختيار منسق خدمات MA لطفلي. في الوقت الحالي، أنا أوافق على منسق (منسقي) الخدمات التالي:

اسم منسق خدمات MA:

اسم منسق خدمات MA:

- أنا أفهم أنه إذا رغبت في تغيير منسق خدمات MA في المستقبل، يمكنني أن أتصل ببرنامج التدخل المبكر لإجراء التغيير.
- أنا أفهم أن الغرض من هذه الخدمة هو المساعدة في الوصول إلى الخدمات الطبية والاجتماعية والتعليمية والخدمات الأخرى اللازمة.
- أنا أعطي موافقتي على أن تقوم الوكالة مقدمة الخدمة بالكشف عن المعلومات المعرّفة لشخصية طفلي لبرنامج المساعدات الطبية بالولاية من أجل الوصول إلى مخصصات المساعدات الطبية.
- أنا أعطي الإذن للوكالة مقدمة الخدمة باسترداد التكاليف من Medicaid مقابل تنسيق الخدمات، إضافة إلى الخدمات ذات الصلة بالصحة وذلك فيما يتعلق بتنفيذ أهداف خطة IFSP الخاصة بطفلي.
- أنا أفهم أنه إذا رفضت السماح للوكالة المقدمة للخدمة بالوصول إلى أموال MA، فلا يعني ذلك الوكالة المقدمة للخدمة من مسؤوليتها عن ضمان تقديم جميع الخدمات اللازمة لطفلي دون أي تكلفة يتحملها ولي الأمر.
- أنا أفهم أن هذه الخدمة لا تقيد أو تؤثر بشكل آخر على أهلية طفلي للحصول على مخصصات MA الأخرى. أفهم أيضًا أن طفلي قد لا يتلقى نوعًا مماثلًا من إدارة الحالة بموجب MA إذا كان مؤهلًا لأكثر من نوع واحد.

التاريخ

توقيع ولي (ولي) الأمر/الوصي/النائب

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

خطة خدمات الأسرة الفردية (IFSP)

إخطار كتابي مسبق

| الغرض من الاجتماع | الإجراء (الإجراءات) المقترح و/أو المرفوض | أسباب الحالة غير النشطة (اختر إجابة واحدة) |
|------------------------------|--|--|
| الغرض من الاجتماع | الإجراء (الإجراءات) المقترح و/أو المرفوض | أسباب الحالة غير النشطة (اختر إجابة واحدة) |
| (ضع علامة على جميع ما ينطبق) | (اختر إجابة واحدة من أجل استمرار أو تعديل أو إنهاء خطة IFSP.) | تاريخ عدم النشاط: |
| مرحلي | بدء خطة IFSP | <input type="checkbox"/> |
| خطة IFSP الأولية | استمرار خطة IFSP | <input type="checkbox"/> |
| مراجعة الستة أشهر | تعديل خطة IFSP (ضع علامة على جميع ما ينطبق) | <input type="checkbox"/> |
| مراجعة أخرى | إضافة خدمة | <input type="checkbox"/> |
| مراجعة سنوية | إضافة خدمة | <input type="checkbox"/> |
| | تعديل الخدمة | <input type="checkbox"/> |
| | إنهاء الخدمة | <input type="checkbox"/> |
| | إضافة/تعديل نتائج | <input type="checkbox"/> |
| | التخطيط للانتقال-في عمر 3 أعوام | <input type="checkbox"/> |
| | التخطيط للانتقال-بعد عمر 3 أعوام | <input type="checkbox"/> |
| | إنهاء خطة IFSP (إذا تم اختياره فأكمل قسم "أسباب الحالة غير النشطة".) | <input type="checkbox"/> |
| | | تقرر عدم أهليته-فحص فقط (منذ الولادة إلى 3 أعوام) |
| | | تقرر عدم أهليته-لم يكن الطفل مؤهلاً قط (منذ الولادة إلى 3 أعوام) |
| | | لم تتجح محاولات التواصل (منذ الولادة إلى عمر 4 أعوام) |
| | | انسحاب ولي الأمر (منذ الولادة إلى عمر 4 أعوام) |
| | | استكمال خطة IFSP قبل الوصول إلى عمر ثلاثة أعوام (منذ الولادة إلى 3 أعوام) |
| | | الانتقال عند عمر ثلاثة أعوام-عدم الاستمرار في خطة IFSP (منذ الولادة إلى 3 أعوام) |
| | | الانتقال بعد عمر ثلاثة أعوام (عمر 3 أعوام إلى عمر 4 أعوام) |
| | | استكمال خطة IFSP بعد عمر ثلاثة أعوام (عمر 3 أعوام إلى عمر 4 أعوام) |
| | | الانتقال عند بدء العام الدراسي الذي يلي عيد الميلاد الرابع |
| | | الانتقال إلى دائرة قضائية أخرى (منذ الولادة إلى 4 أعوام) |
| | | اسم الدائرة القضائية: |
| | | انتقل إلى خارج الولاية (منذ الولادة إلى عمر 4 أعوام) |
| | | توفي (منذ الولادة إلى عمر 4 أعوام) |

وصف الإجراء (الإجراءات) المقترح و/أو المرفوض وتفسير كل إجراء:

الحقوق الأبوية - إخطار الضمانات الإجرائية بولاية ماريلاند

| | | |
|------------|-------------------|------------------------|
| اسم الطفل: | رقم تعريف الهوية: | تاريخ اجتماع خطة IFSP: |
|------------|-------------------|------------------------|

يحق لولي أمر الطفل المصاب بتأخر في النمو/إعاقة أن يتمتع بضمانات إجرائية معينة كما هو محدد في وثيقة "الحقوق الأبوية - إخطار الضمانات الإجرائية بولاية ماريلاند" المرفقة بما في ذلك الحق في طلب وساطة أو تقديم شكوى متعلقة بالإجراءات الواجبة إذا كان ولي الأمر لا يوافق على الإجراء (الإجراءات) المقترح وأو المرفوض والحق في تقديم شكوى للولاية.

تم تقديم نسخة من وثيقة "الحقوق الأبوية - إخطار الضمانات الإجرائية بولاية ماريلاند" إلى ولي (ولبي) الأمر

رفض ولي (وليا) الأمر الحصول على نسخة أخرى

خدمات دعم الأسرة

معلومات شبكة دعم الأسرة/شركاء مرحلة ما قبل المدرسة في المنطقة:

الرقم المجاني في جميع أنحاء الولاية خط معلومات خدمات دعم الأسرة: 1-800-535-0182
إحدى خدمات إدارة التعليم بولاية ماريلاند، قسم تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة/خدمات التدخل المبكر/