

Formulaire d'IP-1

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Nom(s) du parent

Numéro EIDS

Réservé au coordonnateur des services

Le _____ (date), une copie de cet avis et consentement a été transmise au(x) parent(s)

En personne par courrier par e-mail

Avis et consentement écrits préalables pour l'évaluation de la croissance

L'évaluation de la croissance permet de déterminer si votre enfant souffre d'un éventuel retard de croissance. Cette évaluation passe par les informations que le parent ou d'autres personnes de son choix fournissent en observant l'enfant et en utilisant un protocole de dépistage qui couvre tous les domaines de la croissance. Vous pouvez demander une évaluation de la croissance à tout moment peu importe le résultat du dépistage. Vous devez recevoir un avis écrit au moins 10 jours avant l'évaluation.

Mon coordonnateur des services m'a donné toutes les informations relatives à l'évaluation de la croissance et m'a renseigné sur mes droits en tant que parent et sur la manière dont le consentement doit être donné. J'ai en ma possession une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP). Je comprends et consens à l'évaluation de la croissance de mon enfant.

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date

Renonciation au calendrier (facultatif)

Je comprends et consens à renoncer à mon droit de recevoir un avis écrit 10 jours avant l'activité proposée.

Initiales du parent

Date

Formulaire d'IP-2

Date du jour _____ Nom de l'enfant _____ Date de naissance de l'enfant _____
Nom(s) du parent _____ Numéro EIDS _____

Réservé au coordonnateur des services

Le (date), une copie de cet avis et consentement a été transmise au(x) parent(s)
 En personne par courrier par e-mail

A vis et consentement écrits préalables pour l'évaluation et l'appréciation de la croissance

L'admissibilité à l'Intervention précoce (IP) peut être déterminée à travers une évaluation. L'évaluation de la croissance est menée par une équipe chargée de l'Intervention précoce (IP) — un ou plusieurs professionnels — qui déterminent si votre enfant est admissible. Cette évaluation qui est réalisée au même moment a pour objet d'envisager la participation de votre enfant dans la vie et les activités quotidiennes de la famille. L'évaluation et l'appréciation englobent:

- Un examen des documents pertinents, dont les dossiers médicaux que vous acceptez de présenter ;
- L'observation de votre enfant ;
- Des informations relatives à la croissance de votre enfant ; et
- L'utilisation des outils d'évaluation et d'appréciation qui renseignent sur la croissance de votre enfant en matière de communication, d'adaptation/d'autogestion, de résolution des problèmes sur les plans social, émotionnel, cognitif, moteur, visuel et auditif.

Ces informations et celles que vous fournissez concernant les ressources de votre famille, vos priorités et vos préoccupations permettent d'élaborer le Plan de service familial individualisé (IFSP) et d'indiquer les services d'intervention précoce (IP) nécessaires pour vous et pour votre enfant. Vous devez recevoir un avis écrit au moins 10 jours avant l'évaluation et l'appréciation.

Nous vous proposons de (cocher toutes les cases appropriées) :

- Indiquez l'admissibilité de votre enfant à l'Intervention précoce (IP) en procédant à une évaluation de la croissance.
- Indiquez les capacités et les besoins de votre enfant à travers une évaluation de sa croissance.

Mon coordonnateur des services m'a donné toutes les informations relatives à l'évaluation et/ou l'appréciation de la croissance et m'a renseigné sur mes droits en tant que parent et sur la manière dont le consentement doit être donné. J'ai en ma possession une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP).

Je consens à l'évaluation appréciation de mon enfant (cochez une case ou les deux, le cas échéant).

Nom(s) du parent _____ Signature du parent _____ Date _____

Renonciation au calendrier (facultatif)

Je comprends et consens à renoncer à mon droit de recevoir un avis écrit 10 jours avant l'activité proposée.

Initiales du parent _____ Date _____

Formulaire d'IP-3

Date du jour _____ Nom de l'enfant _____ Date de naissance de l'enfant _____
Nom(s) du parent _____ Numéro EIDS _____

Réservé au coordonnateur des services		
Le	<input type="text"/>	(date), une copie de cet avis et consentement a été transmise au(x) parent(s)
<input type="checkbox"/>	en personne	<input type="checkbox"/> par courrier <input type="checkbox"/> par email.
Date FDA offert	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Avis et consentement écrits préalables pour l'évaluation de la famille

L'intervention précoce (IP) repose sur et fournit un soutien et des ressources pour aider les membres de la famille et le personnel soignant à booster la croissance de l'enfant ainsi que sa participation dans les activités quotidiennes. En tant que parent, vous connaissez votre enfant plus que tout le monde. Vous savez ce qui apporte la joie ou constitue un défi chaque jour dans votre famille.

L'évaluation de la famille vous permet de mieux présenter à l'équipe d'Intervention précoce (IP) vos préoccupations et priorités en intégrant votre enfant dans toutes vos activités quotidiennes. Elle vous permet aussi de connaître les ressources potentielles dont vous avez besoin. L'évaluation de la famille est volontaire et seuls les membres de la famille qui souhaitent y participer seront enregistrés.

Vous avez le droit de partager autant d'informations sur votre famille que vous le voulez. Vous devez recevoir un avis écrit au moins 10 jours avant l'évaluation de votre famille.

Mon coordonnateur des services m'a donné toutes les informations relatives à l'évaluation de la famille et m'a renseigné sur mes droits en tant que parent et sur la manière dont le consentement doit être donné. J'ai en ma possession une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP).

- Je consens à l'évaluation de la famille.
- Je ne consens pas à l'évaluation de la famille.

Nom(s) du parent _____ Signature du parent _____ Date _____

Renonciation au calendrier (facultatif)

Je comprends et consens à renoncer à mon droit de recevoir un avis écrit 10 jours avant l'activité proposée.

Initiales du parent _____ Date _____

Type d'IFSP et date <input type="radio"/> Initial <input type="radio"/> Périodique	<input type="radio"/> Périodique <input type="radio"/> Périodique	<input type="radio"/> Annuel	Numéro EIDS
------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	------------------------------	-------------

Rubrique 1: Informations sur l'enfant et la famille

Prénom de l'enfant	Nom de famille	Surnom	Date de naissance
Langues parlées à l'enfant	Besoin d'un interprète ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Race et ethnies de l'enfant	District scolaire du parent gardien
Nom du parent	Adresse		L'enfant vit-il avec un tuteur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Relation avec l'enfant si ce n'est un parent biologique ou adoptif		Téléphone ; Téléphone portable ; Téléphone du domicile ; Téléphone professionnel	
Adresse électronique	Mode de contact préféré <input type="checkbox"/> Appel <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> SMS		Heures de contact préférées
Nom du parent	Adresse		L'enfant vit-il avec un tuteur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Relation avec l'enfant si ce n'est un parent biologique ou adoptif		Téléphone ; Téléphone portable ; Téléphone du domicile ; Téléphone professionnel	
Adresse électronique	Mode de contact préféré <input type="checkbox"/> Appel <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> SMS		Heures de contact préférées

Rubrique 2 : Informations concernant le Coordonnateur des services

Votre coordonnateur des services d'Intervention précoce (IP) constitue l'unique interlocuteur pour mener les activités suivantes au cours de votre participation à l'IP. Il s'agit

- d'expliquer et de garantir vos droits relatifs à l'IP,
- de coordonner l'admissibilité initiale et actuelle de votre enfant,
- de coordonner les rencontres liées au Plan de service familial individualisé (IFSP) et celles que vous sollicitez dans les délais requis,
- d'aider l'équipe IFSP dans l'élaboration des objectifs fonctionnels qui reflètent vos préoccupations et priorités,
- de vous aider à identifier, à obtenir, à financer et à contrôler les services d'IP nécessaires,
- de vous aider à localiser et à vous connecter à d'autres supports et ressources dont vous avez besoin,
- et de faciliter l'élaboration d'un plan de transition avant l'âge de trois ans.

Nom du coordonnateur des services	Numéro de téléphone ;	E-mail
Nom de l'agence		Nom et coordonnées du superviseur

Réception en temps opportun des services (RTOS) prévue d'ici le _	Revue périodique de six mois prévue en	Résultats de transition et conférence de planification (TPC) prévus _ dans les 90 jours, et 9 mois avant que l'enfant n'atteigne trois ans
-------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Rubrique 3 : Admissibilité et évaluation

Rubrique 3A : Admissibilité

Première admissibilité

Votre enfant est admissible à l'Intervention précoce (IP) autorisée par l'État de l'Ohio à cause :

retard de croissance constaté par l'équipe d'évaluation chargée de l'IP le _____ (date). Voir la rubrique 3B pour la synthèse des critères d'admissibilité.

Diagnostic de la condition physique et mentale très susceptible de traduire un retard de croissance.

Diagnostic _

Date à laquelle le coordonnateur des services d'IP a confirmé le diagnostic _

Admissibilité annuelle

Votre enfant est :

Admissible jusqu'à l'âge de trois ans et une nouvelle admissibilité n'est pas envisageable.

Réadmis cette année à cause du :

retard de croissance constaté par l'équipe d'évaluation chargée de l'IP le _____ (date). Voir la rubrique 3B pour la synthèse des critères d'admissibilité.

Diagnostic _

Date à laquelle le coordonnateur des services d'IP a confirmé le diagnostic _

Rubrique 3B : Synthèse de l'évaluation

Nous présentons ci-dessous une synthèse du niveau d'évolution actuel de votre enfant dans tous les domaines de la croissance. L'évaluation permet à l'équipe chargée de l'IP de présenter les conclusions sur la croissance de votre enfant.

- I. **Outil d'administration** : Dans cette rubrique l'équipe d'évaluation décrit l'outil utilisé, la date ou les dates d'administration et les résultats (en précisant l'éventuel retard observé en fonction des résultats ou de l'avis clinique) dans tous les domaines de la croissance (évolutif, physique [motricité globale et fine, visuel, auditif], communicationnel, social, émotionnel et cognitif). Le lieu des tests et les notes d'adaptation à l'outil ou à l'environnement (équipement adapté, interprète, langue des signes) sont inclus.

- II. **Examen du passé de l'enfant** : Il s'agit de la synthèse des informations que l'équipe d'évaluation a obtenues auprès des parents et par l'examen des dossiers sanitaires (médecine, vue, audition, nutrition, génétique et clinique spécialisée) et scolaires (prestataires d'aide préscolaire précoce et de garde d'enfants).

- III. **Observation personnelle de votre enfant** : Il s'agit de la synthèse des informations que l'équipe d'évaluation a obtenues en observant votre enfant au cours de l'évaluation. Cette observation tient compte du type d'activités auxquelles votre enfant a participé, ses interlocuteurs et sa réaction face aux situations nouvelles et familières ainsi que face aux personnes, notamment l'équipe d'évaluation.

- IV. **Informations nécessaires communiquées par d'autres sources pour une bonne perception de la croissance de votre enfant** : Toute autre information que vous avez donnée et qui n'a pas été documentée ailleurs peut rentrer ici.

Rubrique 3C : Synthèse de l'évaluation de la famille

Cette rubrique résume les informations que vous avez données à l'équipe d'évaluation en ce qui concerne les priorités, les préoccupations et les ressources de votre famille.

Date de réalisation	Désignation des outils d'évaluation nécessaires pour réaliser une évaluation de la famille	Nom de la personne ayant réalisé l'évaluation de la famille
---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

Ressources de la famille : les personnes les plus importantes dans la vie de notre enfant et le rôle qu'elles jouent dans notre famille :

Les agences, organisations, services et activités qui sont les plus importants dans notre vie familiale pour le moment :

Routines familiales : Notre famille adore participer aux routines et activités suivantes :

Préoccupations de la famille : les préoccupations, les difficultés ou les défis auxquels notre famille est confrontée au quotidien et que l'équipe d'IP peut aborder :

Priorités de la famille : Il s'agit des ressources dont l'enfant et la famille ont besoin, notamment le soutien familial, les activités, les programmes et les organisations :

En ce moment, nous aimerions que l'équipe d'IP nous aide beaucoup plus avec :

Rubrique 3D : Autres informations : que notre équipe devrait avoir:

Rubrique 3E : Synthèse de l'évaluation

Pour que les enfants soient des participants actifs qui réussissent à la maison et dans leurs communautés, ils doivent développer des compétences dans trois domaines fonctionnels : (1) développer des compétences positives, sociales et émotionnelles, (2) acquérir et utiliser les connaissances et les compétences ainsi que (3) prendre des mesures appropriées pour satisfaire leurs besoins. Votre équipe se sert des informations concernant les niveaux actuels de croissance de votre enfant, les préoccupations, les ressources et les priorités de votre famille ainsi que vos activités quotidiennes pour cerner les besoins individuels de votre enfant par rapport à ses amis de même âge. Ces informations permettent d'élaborer des résultats significatifs pour votre enfant et votre famille.

Développement de compétences sociales et émotionnelles positives

Synthèse des informations sur la manière dont notre enfant interagit et joue avec la famille, les autres adultes et enfants.

Elle présente des compétences comme (1) communiquer et interagir avec la famille, les amis, les prestataires de soins et d'autres personnes (2) exprimer ses sentiments, (3) jouer aux jeux sociaux, dont un coup d'oeil sur un livre ou le tour de rôles, utiliser les mots, les sons, les signes ou les gestes, (4) calmer l'enfant lorsqu'il est énervé (5) et lui permettre de comprendre les règles sociales comme le partage et le tour de rôles.

Capacités de l'enfant

Besoins de l'enfant

Déclaration récapitulative au sujet des résultats de l'enfant : en comparaison aux enfants de son âge, notre enfant

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> possède toutes les compétences attendues d'un enfant de son âge dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> n'utilise pas encore les compétences attendues de son âge. Il utilise un grand nombre de compétences fondamentales importantes et immédiates sur lesquelles il peut s'appuyer dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> possède les compétences attendues d'un enfant de son âge dans ce domaine ; il subsiste toutefois des inquiétudes. | <input type="checkbox"/> présente des compétences fondamentales immédiates ou émergentes qui l'aideront à acquérir les compétences correspondant à son âge dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> présente la plupart des compétences attendues de son âge, mais continue à avoir un certain comportement que l'on pourrait décrire comme relevant d'enfants légèrement plus jeunes dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> peuvent être considérées comme celles d'un enfant plus jeune. Il présente des compétences précoces, mais pas encore des compétences fondamentales immédiates ou attendues de son âge dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> présente occasionnellement des compétences attendues de son âge mais la plupart de ses compétences ne correspondent pas encore à son âge dans ce domaine. | |

Pour un Plan de service familial individualisé (IFSP) annuel et à la sortie. Notre enfant a-t-il présenté de nouvelles compétences ou un nouveau comportement dans le cadre du développement de compétences sociales et émotionnelles positives depuis la dernière évaluation récapitulative de ses résultats ?

Oui Non

Acquisition et utilisation des connaissances et compétences

Synthèse des informations sur la manière dont notre enfant apprend de nouvelles expériences, utilise la langue de base, la communication et résoud les problèmes. Il s'agit de (1) copier les actions des autres, (2) résoudre les problèmes, (3) utiliser les gestes, les mots ou les signes, (4) communiquer les besoins et désirs, (5) comprendre les consignes (6) et exprimer ses propres idées ou pensées.

Capacités de l'enfant

Besoins de l'enfant

Déclaration récapitulative au sujet des résultats de l'enfant : en comparaison aux enfants de son âge, notre enfant

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> possède toutes les compétences attendues d'un enfant de son âge dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> n'utilise pas encore les compétences attendues de son âge. Il utilise un grand nombre de compétences fondamentales importantes et immédiates sur lesquelles il peut s'appuyer dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> possède les compétences attendues d'un enfant de son âge dans ce domaine ; il subsiste toutefois des inquiétudes. | <input type="checkbox"/> présente des compétences fondamentales immédiates ou émergentes qui l'aideront à acquérir les compétences correspondant à son âge dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> présente la plupart des compétences attendues de son âge, mais continue à avoir un certain comportement que l'on pourrait décrire comme relevant d'enfants légèrement plus jeunes dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> peuvent être considérées comme celles d'un enfant plus jeune. Il présente des compétences précoces, mais pas encore des compétences fondamentales immédiates ou attendues de son âge dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> présente occasionnellement des compétences attendues de son âge mais la plupart de ses compétences ne correspondent pas encore à son âge dans ce domaine. | |

Pour un Plan de service familial individualisé (IFSP) annuel et à la sortie. Notre enfant a-t-il présenté de nouvelles compétences ou un nouveau comportement dans le cadre de l'acquisition et de l'utilisation des connaissances et compétences depuis la dernière évaluation récapitulative de ses résultats ?

Oui Non

Utilisation des mesures appropriées pour répondre aux besoins

Synthèse des informations sur la manière dont notre enfant commence à répondre à ses besoins, notamment se déplacer d'un endroit à un autre, manger indépendamment et satisfaire ses besoins élémentaires. Il s'agit de (1) me permettre de savoir quand il a faim, (2) permettre aux gens de savoir qu'il a besoin d'aide, (3) faire les efforts d'obtenir quelque chose qui est hors de portée et (4) savoir l'aide dont notre enfant a besoin pour s'habiller, manger, se mettre à l'aise et communiquer.

Capacités de l'enfant

Besoins de l'enfant

Déclaration récapitulative au sujet des résultats de l'enfant : en comparaison aux enfants de son âge, notre enfant

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> possède toutes les compétences attendues d'un enfant de son âge dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> n'utilise pas encore les compétences attendues de son âge. Il utilise un grand nombre de compétences fondamentales importantes et immédiates sur lesquelles il peut s'appuyer dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> possède les compétences attendues d'un enfant de son âge dans ce domaine ; il subsiste toutefois des inquiétudes. | <input type="checkbox"/> présente des compétences fondamentales immédiates ou émergentes qui l'aideront à acquérir les compétences correspondant à son âge dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> présente la plupart des compétences attendues de son âge, mais continue à avoir un certain comportement que l'on pourrait décrire comme relevant d'enfants légèrement plus jeunes dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> peuvent être considérées comme celles d'un enfant plus jeune. Il présente des compétences précoces, mais pas encore des compétences fondamentales immédiates ou attendues de son âge dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> présente occasionnellement des compétences attendues de son âge mais la plupart de ses compétences ne correspondent pas encore à son âge dans ce domaine. | |

Pour un Plan de service familial individualisé (IFSP) annuel et à la sortie. Notre enfant a-t-il présenté de nouvelles compétences ou un nouveau comportement dans le cadre de l'utilisation des mesures appropriées pour répondre aux besoins depuis la dernière évaluation récapitulative de ses résultats ?

Oui Non

Membres de l'équipe d'évaluation multidisciplinaire

Nom en caractères d'imprimerie	Discipline	Coordonnées
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Rubrique 4 : Résultats de notre enfant/famille

Cette rubrique indique les résultats de l'enfant ou de la famille en fonction de vos objectifs et des étapes pour satisfaire vos résultats. Ces résultats dépendent des informations que l'équipe a obtenues en évaluant l'enfant et la famille. Tous les résultats du Plan de service familial individualisé (IFSP) doivent être communiqués en termes simples et compréhensibles de tous et dans un style qui correspond clairement aux priorités que vous avez mentionnées au cours de l'évaluation de la famille (si elle a été effectuée).

Nombre de résultats	Le résultat de cet enfant évoque	<input type="checkbox"/> Le développement des relations sociales positives	<input type="checkbox"/> L'acquisition et l'utilisation des nouvelles compétences et connaissances	<input type="checkbox"/> L'adoption des mesures pour	<input type="checkbox"/> Les résultats reflètent la participation de la famille et le bien-être ou les informations de cette dernière	<input type="checkbox"/> Les résultats reflètent la transition
---------------------	----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Étant donné les informations que vous avez fournies concernant la vie quotidienne de votre famille, quelles sont vos attentes par rapport au soutien et aux services d'IP ? Comment saurons-nous que vos attentes sont comblées ?

Que se passe-t-il maintenant ?

Stratégies : quelles mesures/activités et qu'est-ce qui peut nous aider à satisfaire les résultats du Plan de service familial individualisé (IFSP) ?

Soutien dont nous bénéficions actuellement pour obtenir ces résultats (formel ou naturel, notamment les services qui ne sont pas fournis par l'IP).

Examen de ces résultats : L'IFSP doit être examiné avant ou au moins tous les six mois. Vous pouvez demander que l'IFSP soit examiné à tout moment.

Résultat de l'examen

- | | | | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Résultat atteint | <input type="checkbox"/> Progrès enregistrés ; maintenir le résultat, les stratégies et les services actuels | <input type="checkbox"/> Maintenir le résultat et réviser les stratégies et/ou les services | <input type="checkbox"/> Revoir le résultat, les stratégies et les services | <input type="checkbox"/> Ne constitue plus une priorité pour le parent |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Date | Date(s) | Date(s) | Date(s) | Date |

Autres préoccupations ou événements qui affectent ce résultat

Progrès enregistrés pour atteindre ce résultat

Services d'Intervention précoce : Sur la base des informations à sa disposition, l'équipe d'IFSP a identifié les services d'IP suivants pour soutenir nos résultats.

Type de services d'IP	Méthode	Lieu	Leur fréquence	Durée de la séance	Organisme fournisseur	Source de financement	Date de lancement prévue	Date de fin prévue	Nombre de résultats

Méthode : Directe (D) ; Commun (C) • en personne (P) ; Technologie (T) Lieu : Maison (M) ; Communauté (C) ; Autre (A)

La raison pour laquelle les résultats ne peuvent pas être atteints dans l'environnement naturel de l'enfant est donnée pour chaque service d'IP qui ne sera pas fourni dans cet environnement.

Énumérez les mesures que le coordonnateur des services et la famille vont prendre et mentionnez la date prévue pour le transfert des services dans un environnement naturel.

Énumérez tous les services d'IP nécessaires mais pas encore coordonnés.

Mesures que le coordonnateur des services va prendre pour harmoniser les services d'IP nécessaires.

Réception en temps opportun des services (RTOS) prévue d'ici le _

Rubrique 5 : Consentement aux services d'IP

J'ai bien été informé et je connais toutes les modalités relatives à l'offre des services d'Intervention précoce décrites dans l'IFSP. J'ai en ma possession une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) et je connais mes droits relatifs au consentement. Je sais que des options de résolution des litiges sont à ma disposition en cas de doléances relatives à l'Intervention précoce. J'ai reçu un avis écrit préalable concernant les services d'Intervention précoce proposés et je consens à l'offre de ces services décrits dans le Plan de service familial individualisé (IFSP).

 Signature du parent

 Nom du parent

 Date

 Signature du parent

 Nom du parent

 Date

Nous reconnaissons que les résultats reflètent les priorités et les préoccupations de la famille et que les services d'IP soutiennent ces résultats. Nous consentons à implémenter le plan de façon à permettre à l'enfant de participer aux activités familiales quotidiennes et d'en apprendre beaucoup de choses autant que possible.

Signature	Nom, rôle et agence	Participation méthode	Date
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Méthode de participation : En personne (P) ; Technologie (T) ; Écrit (E)

Formulaire d'IP-5

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Nom(s) du parent

Numéro EIDS

Consentement à l'utilisation de l'assurance pour les services d'Intervention précoce

Utilisation de l'Assurance privée

Mon coordonnateur des services m'a expliqué les règles du « système de paiement » et les frais potentiels que je peux endosser en recourant à mon assurance privée pour payer les services d'Intervention précoce tels que les co-paiements, les franchises, les cotisations ou les frais à long terme comme les pertes d'avantages dues aux limites de couverture sur l'assurance maladie annuelle ou à vie de la politique d'assurance. J'ai reçu une notification écrite de ces frais potentiels et de mes droits. Je sais qu'en consentant à l'utilisation de mon assurance privée, l'État s'occupera des co-paiements et des montants de la franchise pour les 55 premières unités des services d'Intervention précoce au cours d'une année IFSP si je suis capable de payer. L'État s'occupera des co-paiements et des montants de la franchise pour toutes les unités des services d'Intervention précoce si je suis incapable de payer.

Je consens à ce que mon assurance privée soit facturée pour les services d'Intervention précoce (IP) Oui Non Je ne dispose pas d'une assurance privée

Numéro de la principale police d'assurance

Date de début

Date de fin

Nom de la compagnie d'assurance maladie

Nom de l'assuré

Numéro de la police d'assurance secondaire

Date de début

Date de fin

Nom de la compagnie d'assurance maladie

Nom de l'assuré

Signature du parent

Date

Utilisation de l'assurance publique

Mon coordonnateur des services m'a expliqué les règles de paiement du système d'Intervention précoce. J'ai reçu une notification écrite de mes droits et je sais qu'aucun frais potentiel n'est nécessaire pour recourir à mes avantages Medicaid en rapport avec les services d'IP.

Je consens au partage des informations personnelles de mon enfant (informations qui permettent d'identifier mon enfant) auprès du fournisseur des services d'Intervention précoce dans le cadre de l'IFSP et dans l'agence Medicaid local aux fins de facturation.

Oui Non Mon enfant ne dispose pas d'une assurance Medicaid

Bénéficiaire de l'assurance Medicaid/numéro de facturation

Signature du parent

Date

Formulaire d'IP-6

Réservé au coordonnateur des services

Date communiquée par les autres personnels d'IP qualifiés, le cas échéant

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Nom(s) du parent

Numéro EIDS

Consentement à la publication des dossiers, des informations et/ou à l'échange des informations

En tant que parent, vous avez le droit d'autoriser ou d'interdire la communication des dossiers d'Intervention précoce (IP) de votre enfant à d'autres personnes ou agences qui ne font pas partie du système d'IP. Une copie de ce formulaire sera communiquée aux agences ou aux personnes si vous permettez que ces dossiers soient communiqués. Si vous ne voulez pas que ces agences ou personnes soient au courant de la permission que vous donnez à d'autres agences, veuillez demander que soient utilisés plusieurs formulaires de communication de dossiers. En tant que parent, vous avez accès à tous les dossiers d'IP de votre enfant. Un dossier d'IP comporte tous les dossiers de votre enfant qui sont rassemblés, conservés ou utilisés en vertu de la Loi fédérale, Partie C de la Loi sur l'éducation des personnes handicapées.

Consentement à la communication des dossiers

Je consens à ce que les dossiers d'IP suivants soient communiqués

Plan de service familial individualisé (IFSP)

Notes d'évolution

Résultats des évaluations

Autre (préciser) _____

auprès des personnes et agences suivantes

But de la communication des dossiers

Le présent consentement est valide

Jusqu'à ce que mon enfant atteigne trois ans le

Pour un an Précisez la date de fin

De à

Mon coordonnateur des services ou prestataire d'IP m'a renseigné sur la communication des dossiers, sur mes droits en tant que parent et sur la manière dont le consentement doit être donné. J'ai en ma possession une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP). Je comprends et consens à la communication des dossiers de mon enfant.

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date

Consentement à la communication et/ou à l'échange des informations

Je consens à la communication orale, par écrit ou électronique et/ou à l'échange des informations suivantes

Entre les services d'Intervention précoce et les agences ou personnes suivantes

But de la publication ou de l'échange des informations

Le présent consentement est valide

Jusqu'à ce que mon enfant atteigne trois ans le

Pour un an Précisez la date de fin

De à

J'ai bien été informé sur la publication et/ou l'échange des informations concernant mon enfant et ses dossiers d'Intervention précoce. J'ai en ma possession une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) et je connais mes droits relatifs au consentement. Je sais que des options de résolution des litiges sont à ma disposition en cas de doléances relatives à l'Intervention précoce.

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date

Formulaire d'IP-7

Date du jour _____ Nom de l'enfant _____ Date de naissance de l'enfant _____

Nom(s) du parent _____ Numéro EIDS _____

Réservé au coordonnateur des services		
Le	<input type="text"/>	(date), une copie du présent consentement a été transmise au parent
<input type="checkbox"/>	En personne	<input type="checkbox"/> par courrier <input type="checkbox"/> par e-mail

Consentement à la transition

Notification du Distict scolaire et du Département de l'Éducation de l'Ohio (DEO) : Le service Intervention précoce (IP) de l'Ohio a besoin de votre consentement pour partager le nom de votre enfant et vos coordonnées avec le DEO et le district scolaire de l'Ohio responsables de l'éducation de votre enfant. Ces informations permettent aux districts scolaires d'élaborer des programmes préscolaires d'éducation spéciale pour la prochaine année.

Mon coordonnateur des services m'a renseigné sur le partage du nom et de la date de naissance de mon enfant ainsi que de mes coordonnées avec le district scolaire et le DEO, sur mes droits en tant que parent et sur la manière dont le consentement doit être donné. J'ai en ma possession une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP).

Je comprends et consens au partage du nom et de la date de naissance de mon enfant, ainsi que de mes coordonnées avec le district scolaire et le DEO.

Je ne consens pas au partage du nom et de la date de naissance de mon enfant, ainsi que de mes coordonnées avec le district scolaire et le DEO.

Nom(s) du parent _____ Signature du parent _____ Date _____

Conférence de planification de la transition (CPT) : En cas d'admissibilité de votre enfant aux services préscolaires en vertu de la partie B de l'IDEA, le service d'Intervention précoce (IP) de l'Ohio a besoin de votre consentement pour programmer une conférence de planification de la transition avec un représentant de votre district scolaire qui présentera les modalités d'admissibilité préscolaire selon la partie B. Cette conférence doit se tenir au moins 90 jours, mais pas 9 mois avant que votre enfant n'atteigne trois ans.

Si, en vertu de la partie B de l'IDEA, votre enfant n'est pas potentiellement admissible aux services préscolaires, l'IP requiert votre consentement pour programmer une conférence de planification de la transition avec les autres prestataires de services de la communauté que votre équipe et vous avez choisis.

Mon coordonnateur des services m'a renseigné sur la conférence de planification de la transition (CPT), sur mes droits en tant que parent et sur la manière dont le consentement doit être donné. J'ai en ma possession une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP).

Je comprends et consens à la programmation d'une conférence de planification de la transition (CPT).

Je n'accepte pas une CPT.

Nom(s) du parent _____ Signature du parent _____ Date _____

Formulaire d'IP-8

Date du jour _____ Nom de l'enfant _____ Date de naissance de l'enfant _____

Nom(s) du parent _____ Numéro EIDS _____

Réservé au coordonnateur des services		
Le	<input type="text"/>	(date), une copie du présent consentement a été transmise au parent
<input type="checkbox"/>	En personne	<input type="checkbox"/> par courrier <input type="checkbox"/> par e-mail

Consentement à renvoyer l'enfant dans un Organisme éducatif local et dans le Département de l'Éducation de l'Ohio (DEO)

Votre enfant a récemment été renvoyé au service d'Intervention précoce (IP) de l'Ohio. Étant donné que l'IP est un programme destiné aux enfants qui souffrent d'un retard de croissance et d'infirmités de la naissance à l'âge de trois ans, l'IP détermine l'admissibilité de votre enfant lorsque ce dernier est sur le point d'atteindre cet âge. Toutefois, si vous soupçonnez que votre enfant peut souffrir d'un retard de croissance ou d'une infirmité, il peut être admissible aux services préscolaires d'éducation spéciale conformément à la Partie B de la Loi sur l'éducation des personnes handicapées.

Vous pouvez personnellement contacter votre district scolaire pour effectuer ce renvoi.

Vous devez donner votre consentement si vous souhaitez que l'IP contacte votre district scolaire pour faire un renvoi. Avec votre consentement, nous transmettrons vos coordonnées, le nom et la date de naissance de votre enfant au DEO et à votre district scolaire qui sont responsables de l'éducation de votre enfant.

J'ai été bien informé et je sais que mes coordonnées et le nom de mon enfant seront transmis à mon district scolaire local et au DEO. J'ai reçu une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) avec ce formulaire. Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP). Je consens à ce que l'IP communique le nom de mon enfant, sa date de naissance et mes coordonnées à mon district scolaire et au DEO.

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date

Formulaire d'IP-1

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Nom(s) du parent

Numéro EIDS

Réservé au coordonnateur des services

Le (date), une copie du

Cet avis a été transmis au parent

en personne par courrier par e-mail

Avis écrit préalable indiquant l'admissibilité

Synthèse de l'évaluation

Grâce à plusieurs méthodes et sur la base de plusieurs disciplines, votre enfant a été évalué dans tous les domaines de la croissance. Sur la base des résultats obtenus et de l'avis clinique, l'équipe d'évaluation a constaté que votre enfant ne présente aucun retard de croissance. Votre enfant présente actuellement des compétences et un comportement similaires aux enfants de son âge et n'est donc pas admissible à l'Intervention précoce. L'équipe d'évaluation a résumé ci-dessous le niveau d'évolution actuel de votre enfant dans tous les domaines de la croissance. Elle explique ce qu'elle a appris de la croissance de votre enfant en observant personnellement ce dernier, à travers des tests (en le soumettant aux tests), l'examen de son passé et les autres informations que vous avez communiquées.

- I. **Outil d'administration** : Dans cette rubrique, l'équipe d'évaluation indique l'outil utilisé, les dates d'administration et les résultats dans tous les domaines de la croissance (évolutif, physique [motricité globale et fine, visuel, auditif], communicationnel, social émotionnel et cognitif). Le lieu des tests et les notes d'adaptation à l'outil ou à l'environnement (équipement adapté, interprète, langue des signes) sont inclus.

- II. **Examen du passé de l'enfant** : Il s'agit de la synthèse des informations que l'équipe d'évaluation a obtenues auprès des parents et par l'examen des dossiers sanitaires (médecine, vue, audition, nutrition, génétique et clinique spécialisée) et scolaires (prestataires d'aide préscolaire précoce et de garde d'enfants).

III. Observation personnelle de votre enfant : Il s'agit de la synthèse des informations que l'équipe d'évaluation a obtenues en observant votre enfant au cours de l'évaluation. Cette observation tient compte du type d'activités auxquelles votre enfant a participé, ses interlocuteurs et sa réaction face aux situations nouvelles et familières ainsi que face aux personnes, notamment l'équipe d'évaluation.

IV. Informations nécessaires communiquées par d'autres sources pour une bonne perception de la croissance de votre enfant : Toute autre information que vous avez donnée et qui n'a pas été documentée ailleurs peut rentrer ici.

Membres de l'équipe d'évaluation multidisciplinaire

Nom en caractères d'imprimerie	Discipline	Coordonnées
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Idées et suggestions pour promouvoir la croissance de votre enfant

Soutien et ressources communautaires pouvant vous servir

En tant que parent, plusieurs options de résolution des litiges sont à votre disposition. Une copie de la brochure sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) est jointe. Veuillez contacter votre coordonnateur des services d'IP si vous avez des questions concernant ces résultats. Vous pouvez aussi contacter le coordonnateur des services si vous avez d'autres préoccupations au sujet de la croissance de votre enfant avant l'âge de trois ans.

Nom du coordonnateur des services

Coordonnées du coordonnateur des services

Formulaire d'IP-10

Date du jour _____ Nom de l'enfant _____ Date de naissance de l'enfant _____

Nom(s) du parent _____ Numéro EIDS _____

Réservé au coordonnateur des services

Le _____ (date), une copie de cet avis a été transmise au(x) parent(s)

En personne par courrier par e-mail

Avis écrit préalable de sortie

Le service d'Intervention précoce (IP) de l'Ohio envisage de mettre un terme aux services d'IP qu'il vous offre. Ce service retiendra une copie du dossier de votre enfant jusqu'à ce que ce dernier atteigne neuf ans. Vous avez le droit d'examiner ou de demander le dossier de votre enfant. Le service d'Intervention précoce (IP) de l'Ohio envisage de retirer votre enfant du système d'IP 10 jours après la date de cet avis pour les raisons suivantes :

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Votre enfant a été examiné et n'a présenté aucun signe de retard de croissance ou d'infirmité. Vous pouvez demander une évaluation à tout moment en contactant votre coordonnateur des services d'IP. | <input type="checkbox"/> Les résultats du IFSP de votre enfant ont été atteints et son équipe a indiqué que ces résultats sont suffisants. |
| <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas accordé votre consentement pour que votre enfant soit évalué ou apprécié. | <input type="checkbox"/> Vous avez mis fin à votre participation dans le système d'IP. |
| <input type="checkbox"/> Votre enfant ne répond pas aux critères d'admissibilité des services d'IP. | <input type="checkbox"/> Nous n'avons pas pu vous contacter. Veuillez contacter votre coordonnateur des services d'IP dix jours après cet avis. |
| <input type="checkbox"/> La demande d'une nouvelle admissibilité n'a pas été effectuée. | <input type="checkbox"/> Votre enfant ne vit plus dans l'État de l'Ohio. |
| <input type="checkbox"/> L'évaluation annuelle requise pour l'enfant n'a pas été effectuée. | <input type="checkbox"/> Votre enfant est passé aux services de la Partie B avec un Plan d'enseignement individualisé (PEI) avant l'âge de trois ans. |
| <input type="checkbox"/> Vous avez précisé que votre famille n'a pas besoin des résultats du Plan de service familial individualisé (IFSP) en ce moment. | |

Commentaires:

En tant que parent, plusieurs options de résolution des litiges sont à votre disposition. Une copie de la brochure sur les droits des parents concernant l'IP est jointe. Si vous pensez que votre enfant a été retiré pour une raison imprécise ou non fondée, veuillez me contacter.

Nom du coordonnateur des services d'IP _____ coordonnées du coordonnateur des services d'IP _____

Vous pouvez demander un renvoi à tout moment avant que votre enfant n'atteigne trois ans en contactant le Service central d'enregistrement au 1-800-755-4769 ou en visitant www.ohioearlyintervention.org.

Formulaire d'IP-11

Date du jour _____ Nom de l'enfant _____ Date de naissance de l'enfant _____

Nom(s) du parent _____ numéro EIDS _____

Avis écrit préalable du changement de services proposé

Lorsqu'un prestataire des services d'Intervention précoce (IP) de l'Ohio recommande ou propose de commencer (lancer) ou de changer les services d'IP qui seront fournis à votre famille/enfant, nous devons vous délivrer un avis écrit préalable au moins dix jours avant que ce service d'IP ne soit lancé ou changé.

Le service d'IP de l'Ohio propose de commencer changer un ou plusieurs services d'IP fournis à votre enfant/famille.

Informations sur le changement proposé

Justification du changement proposé

Date proposée pour le changement (10 jours à compter de la date d'aujourd'hui)

Veuillez me contacter dès que possible si vous avez des questions à ce sujet.

Nom du prestataire des services d'IP _____

Coordonnées du prestataire des services d'IP _____

En tant que parent, plusieurs options de résolution des litiges sont à votre disposition. Une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) est jointe. Si vous avez des questions, veuillez contacter votre coordonnateur des services d'IP au :

Nom du coordonnateur des services d'IP _____

coordonnées du coordonnateur des services d'IP _____

Renonciation au calendrier (facultatif)

Je comprends et consens à renoncer à mon droit de recevoir un avis écrit 10 jours avant le changement ou le début de l'activité proposée.

Initiales du parent

Date

Le (date) (nom/rôle)
a transmis une copie de ce formulaire d'avis et de consentement
au(x) parent(s) en personne par courrier par e-mail.

Si ce formulaire est rempli par une personne autre que le coordonnateur des services d'IP, le prestataire de l'IP doit en transmettre une copie à ce dernier cinq jours après avoir délivré l'avis au parent.

Formulaire d'IP-12

Documentation sur le diagnostic

Cher(e) professionnel(le) de santé — Conformément aux exigences nationales et fédérales pour l'admissibilité au titre de la Partie C de la Loi sur l'éducation des personnes handicapées (IDEA), la plupart des diagnostics médicaux n'entraînent pas automatiquement l'admissibilité à l'Intervention précoce (IP). Toutefois, un professionnel qualifié pour diagnostiquer et traiter la condition mentale ou physique peut déterminer qu'un diagnostic effectué sur un enfant donné indique un retard de croissance. L'admissibilité à l'IP pour cet enfant est possible pour un an. L'équipe chargée de l'Intervention précoce (IP) réalisera alors une évaluation complète pour déterminer les besoins du programme de l'enfant. Pour déterminer une admissibilité à l'IP à travers ce formulaire, tous les champs doivent être remplis.

Nom de l'enfant	Date de naissance de l'enfant	Nom(s) du parent
-----------------	-------------------------------	------------------

Veillez indiquer le diagnostic spécifique de l'enfant dans cette case. Ne **pas** mentionner le « retard global », le « retard de croissance » ou des inquiétudes relatives à la croissance comme « des inquiétudes liées au langage ».

Sélectionnez une case ci-dessous

Je soupçonne que l'état de santé de cet enfant pourrait entraîner un retard de croissance dans au moins l'un des domaines de croissance suivants (cochez toutes les cases appropriées)

- | | |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Communicationnel | <input type="radio"/> Social/émotionnel |
| <input type="radio"/> Moteur | <input type="radio"/> Évolutif/auto-gestion/indépendance |
| <input type="radio"/> Visuel | <input type="radio"/> Cognitif/résolution des problèmes |
| <input type="radio"/> Auditif | <input type="radio"/> Autre (préciser) _____ |

Commentaires (facultatif)

Il **n'y a** aucune raison de croire que l'état de santé de cet enfant pourrait entraîner un retard de croissance. Cependant, je sais que l'enfant a encore droit à une évaluation de la croissance pour déterminer son admissibilité.

Professionnel qualifié pour diagnostiquer et traiter la condition mentale et physique

Nom	Type de licence	Téléphone
Signature	E-mail	Date

Veillez retourner ce formulaire au coordonnateur des services d'Intervention précoce de l'enfant

Nom du coordonnateur des services fax	Numéro de	E-mail
------------------------------------------	-----------	--------

Réservé au coordonnateur des services
Date de réception du formulaire _____ numéro EIDS _____

Formulaire d'IP-13

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Nom(s) du parent

Numéro EIDS

Réservé au coordonnateur des services

Le _____ (date), une copie de cet avis a été fournie au(x) parent(s) en personne Par courrier par e-mail. Les avis ont été autres _____ (date).

Avis sur les rencontres du Plan de service familial individualisé (IFSP)

Il est temps que notre rencontre

- Élabore un IFSP provisoire jusqu'à ce qu'on achève l'évaluation et programme l'IFSP « initial ».
- Examine les informations sur l'admissibilité et l'évaluation et élabore le premier IFSP (« initial »).
- Réalise un examen périodique de l'IFSP pour déterminer le degré auquel les progrès vers les résultats indiqués dans l'IFSP sont en cours et si la modification ou la révision de ces résultats ou si les services de l'Intervention précoce proposés dans cet IFSP sont nécessaires.
- Examine les informations sur l'admissibilité et l'évaluation et élabore un IFSP annuel. Cette
- rencontre de l'IFSP englobera la conférence de planification de la transition.

Nous avons accepté de programmer la rencontre de l'IFSP pour

Date

Heure

Lieu

Vous avez demandé que les personnes suivantes soient invitées à la rencontre de l'IFSP. Ils recevront une copie de cet avis.

Nom, rôle ou relation

Par ailleurs, les prestataires des services d'Intervention précoce suivants ont été invités à cette rencontre de l'IFSP. Ils recevront une copie de cet avis.

Nom, rôle ou agence

Si vous avez des questions ou voulez modifier quelque chose concernant cette rencontre, veuillez me contacter en tant que votre coordonnateur des services d'IP :

Nom du coordonnateur des services

Coordonnées du coordonnateur des services

Formulaire d'IP-14

Suivi du renvoi professionnel

Réservé au coordonnateur des services : Date de réception du renvoi par l'agence locale du coordonnateur des services d'IP

Avec le consentement du parent, une copie de ce formulaire sera transmise au professionnel qui a renvoyé l'enfant au service d'Intervention précoce (IP).

Date du jour

Nom de l'enfant renvoyé

Date de naissance de l'enfant

Nom du professionnel ayant renvoyé l'enfant

Nom de l'agence

Coordonnées du professionnel ou de l'agence

Mon coordonnateur des services m'a renseigné sur le partage du statut du renvoi de mon enfant au service d'Intervention précoce (IP), sur mes droits en tant que parent et sur la manière dont le consentement doit être donné. J'ai en ma possession une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP). Je comprends et consens à partager les informations sur le statut du renvoi de mon enfant avec le professionnel qui a demandé ce renvoi.

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date

- Le parent n'a pas accepté de partager les informations sur le statut du renvoi de son enfant. Veuillez contacter la famille pour de plus amples informations.
- A maintes reprises, on n'a pas pu joindre le parent. Faites-nous savoir si vous avez les nouvelles coordonnées du parent.

Le parent a été contacté et voici ce qui a été rapporté :

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le parent a rejeté les services d'Intervention précoce (IP) | <input type="checkbox"/> Non admissible à l'Intervention précoce réalisée par l'Ohio |
| <input type="checkbox"/> Sur le point de déterminer l'admissibilité | <input type="checkbox"/> L'équipe d'Intervention précoce et le parent ont indiqué que les services d'IP n'étaient pas nécessaires à l'heure actuelle |
| <input type="checkbox"/> Admissible à l'Intervention précoce réalisée par l'Ohio | |

Le service d'Intervention précoce de l'Ohio apprécie votre renvoi ! Vous pouvez demander un nouveau renvoi à tout moment en contactant le service central d'enregistrement au 1-800-755-4769 ou en visitant www.ohioearlyintervention.org.

Formulaire d'IP-15

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Nom(s) du parent

Numéro EIDS

Détermination de la capacité du parent à payer les services d'Intervention précoce

Documentation (une seule est requise)

(A) Carte Medicaid de l'Ohio

(B) Carte WIC de l'Ohio

(C) Revenus du parent

Revenus du parent : hebdomadaires (52) bi-hebdomadaires (26) mensuels (12) bimensuels (24) taille de la famille : ____

montant(s) brut(s)

Revenus du parent : hebdomadaires (52) bi-hebdomadaires (26) mensuels (12) bimensuels (24) taille de la famille : ____

montant(s)

Montant annuel des revenus _____

Les revenus de la famille sont-ils inférieurs ou équivalents à l'admissibilité Healthy Start des enfants non assurés ? (206% FPL) <https://ohioearlyintervention.org/systeme-de-paiement> Oui Non

J'ai décidé de ne pas partager mes informations financières et je comprends que selon OAC 5123:10-03 (D), je supporterai les frais des services d'Intervention précoce au-delà des 55 premières unités financées par des fonds publics.

Initiales du parent

J'ai reçu et examiné la documentation fournie par le parent selon OAC 5123:2-10-03 (D) et j'ai indiqué que le parent est incapable capable de payer les services d'Intervention précoce.

Nom du coordonnateur des services d'IP

Date

Signature du Coordonnateur des services d'IP

J'ai examiné les informations renseignées dans ce formulaire et mon coordonnateur des services a précisé si je suis capable ou incapable de payer les services d'IP.

Signature du parent

Date

Formulaire d'IP-16

Réservé au coordonnateur des services

Date du jour

Nom de l'enfant

Le (date/30 jours après la signature du IFSP), ce formulaire est soumis au DODD avec les formulaires IP-04 IP-05 IP-15

numéro EIDS

Date de naissance de l'enfant

Païement des services d'Intervention précoce

Nom du parent			Nom du parent		
Adresse			Adresse		
Ville	État	Code postal	Ville	État	Code postal
Numéro de sécurité sociale			Numéro de sécurité sociale		
Téléphone du domicile	Téléphone professionnel		Téléphone du domicile	Téléphone professionnel	
E-mail			E-mail		
Adresse de l'enfant				Comté	
Ville	État	Code postal	Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin

Services d'Intervention précoce recommandés par l'IFSP (ajouter des pages si nécessaire)

Type de services	Nom et adresse du prestataire	Fréquence	Sources de paiement

Signature du coordonnateur des services		Date	Adresse électronique du coordonnateur des services		
Nom du coordonnateur des services		Nom de l'agence		Numéro de téléphone	
Adresse		Ville	État	Code postal	

J'autorise le coordonnateur des services présenté ci-dessus à soumettre cette demande au Département des déficiences développementales de l'Ohio (DODD) en vue du paiement des services destinés à l'enfant désigné dans cette demande.

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date

Réservé au DODD

Approuvé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	55 premières unités <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Demande de services supplémentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Frais médicaux exceptionnels réunis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date d'entrée en vigueur	Date d'expiration
Personnel du DODD				Date	

Formulaire d'IP-17

Date du jour _____

Nom de l'enfant _____

Date de naissance de l'enfant _____

Nom(s) du parent _____

Numéro EIDS _____

Fiche des frais médicaux exceptionnels

Revenus du parent : hebdomadaires (52) bi-hebdomadaires (26) mensuels (12) bimensuels (24)
taille de la famille : _____

Date(s) du bulletin de paie _____

montant(s) brut(s) _____

Revenus du parent : hebdomadaires (52) bi-hebdomadaires (26) mensuels (12) bimensuels (24)
taille de la famille : _____

Date(s) du bulletin de paie _____

montant(s) brut(s) _____

Montant annuel des revenus _____

Les estimations sur les revenus de la famille à 210-401% ou plus du Niveau de pauvreté fédéral (NPF) sont disponibles au <https://ohioearlyintervention.org/systeme-de-paiement>.

_____ x _____ = _____
annuels EME Revenus
Frais médicaux à charge du patient

J'ai calculé les frais médicaux à charge du patient en fonction du plus récent niveau de pauvreté fédéral selon qu'il est déterminé par le Département américain de la Santé et des services sociaux et publié dans le registre fédéral. J'ai partagé ces informations avec le parent. Le DODD se servira de ces informations pour déterminer les frais médicaux exceptionnels de la famille.

Signature du Coordonnateur des services d'IP

