

表格 EI-1

当天日期 孩子姓名 孩子出生日期

家长姓名 EIDS 编号

仅供服务协调员使用

本通知和同意书副本已于 _____ (日期)

提供给家长

当面 邮寄信函 电子邮件

发育筛查的预先书面通知和同意书

进行发育筛查可确定您的孩子是否可能存在发育迟缓。筛查包括收集您（家长）以及您选择的其他人提供的信息，观察孩子，使用适用于考量发育各领域的筛查工具进行筛查。不论结果如何，您都可以随时要求进行发育评估。书面通知会在筛查至少 10 个日历日前送达。

我的服务协调员已告知我有关发育筛查的所有信息，并向我解释了我作为家长拥有的权利，其中包括同意权。我持有一份《俄亥俄州早期干预 (EI) 计划家长权利》手册。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。我理解并同意对我的孩子进行发育筛查。

家长姓名 家长签名 日期

放弃时限（可选）

我理解并同意放弃我享有的可在拟议活动 10 个日历日前收到书面通知之权利。

家长姓名缩写 日期

表格 EI-2

仅供服务协调员使用

本通知和同意书副本已于 (日期)

提供给家长

当面 邮寄信函 电子邮件

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

家长姓名

EIDS 编号

发育评估与评价的预先书面通知和同意书

早期干预 (EI) 资格可以通过评估得以确定。发育评估由早期干预小组（一名或多名专业人员）执行，以确定您的孩子是否符合资格。通常还会同时对儿童在家庭日常生活和活动中的参与情况进行评价。这些评估和评价包括：

- 审查相关记录，包括您同意披露的医疗记录/病历；
- 观察您的孩子；
- 您就孩子发育状况提供的信息；以及
- 使用评估和评价工具，获取有关您的孩子在沟通、适应/自理、社交/情感、认知/思考/问题解决、动作/运动、视觉和听觉方面的发育状况信息。

这些信息以及您提供的家庭资源、优先事项和忧虑事项等相关信息，为制定个性化家庭服务计划 (IFSP) 和确定您及您的孩子需要哪些早期干预服务支持奠定了基础。书面通知会在评估和评价至少 10 个日历日前送达。

我们提议（勾选所有适用项）：

进行发育评估，确定您的孩子是否符合早期干预资格。

进行发育评价，确定孩子的长处和需求。

我的服务协调员已告知我有关发育评估和/或评价的所有信息，并向我解释了我作为家长拥有的权利，其中包括同意权。我持有一份《俄亥俄州早期干预 (EI) 计划家长权利》手册。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。

我同意对我的孩子进行 发育评估 发育评价 （根据情况勾选一项或两项）。

家长姓名

家长签名

日期

放弃时限（可选）

我理解并同意放弃我享有的可在拟议活动 10 个日历日前收到书面通知之权利。

家长姓名缩写

日期

表格 EI-3

当天日期	孩子姓名	孩子出生日期
家长姓名	EIDS 编号	

仅供服务协调员使用		
本通知和同意书副本已于	<input type="text"/>	(日期)
提供给家长		
<input type="checkbox"/> 当面	<input type="checkbox"/> 邮寄信函	<input type="checkbox"/> 电子邮件。
FDA 提供日期	<input type="text"/>	

家庭指导评价的预先书面通知和同意书

早期干预 (EI) 计划构建并提供支持和资源，协助家庭成员及看护人员促进孩子的发育和日常活动参与度。作为家长，您比任何人都更了解您的孩子。您知道每天发生的哪些事情会给您和您的家庭带来喜悦或独特挑战。

进行家庭指导评价，您可向早期干预小组详细告知您的忧虑事项和优先事项，以使您的孩子成功参与所有日常活动，并向他们告知可为您提供协助的潜在资源。是否进行家庭指导评价纯属自愿，且只有意愿参与的家庭成员才会纳入范围。

您有权根据自己的意愿决定家庭相关信息的分享程度。书面通知会在家庭指导评价至少 10 个日历日前送达。

我的服务协调员已告知我有关家庭指导评价的所有信息，并向我解释了我作为家长拥有的权利，其中包括同意权。我持有一份《俄亥俄州早期干预 (EI) 计划家长权利》手册。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。

我同意进行家庭指导评价。

我不同意进行家庭指导评价。

家长姓名	家长签名	日期
------	------	----

放弃时限（可选）

我理解并同意放弃我享有的可在拟议活动 10 个日历日前收到书面通知之权利。

家长姓名缩写	日期
--------	----

IFSP 类型 和日期	<input type="radio"/> 初始	<input type="radio"/> 定期	<input type="radio"/> 年度 _	EIDS 编号
	<input type="radio"/> 定期	<input type="radio"/> 定期 _		

第 1 部分：孩子和家庭信息

孩子名字	姓氏	昵称/别名	出生日期
孩子所讲语言	是否需要翻译人员? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	孩子的种族	同住家长所在学区
家长姓名	地址	是否与孩子同住? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
与孩子的关系 (如果不是亲生父母或领养父母)		电话; 手机 (C); 家庭电话 (H); 工作电话 (W)	
电子邮件地址	首选联系方式 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 短信	首选联系时间	
家长姓名	地址	是否与孩子同住? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
与孩子的关系 (如果不是亲生父母或领养父母)		电话; 手机 (C); 家庭电话 (H); 工作电话 (W)	
电子邮件地址	首选联系方式 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 短信	首选联系时间	

第 2 部分：服务协调员信息

早期干预 (EI) 服务协调员是实施下列行动的执行人，是您在参与早期干预期间的单点联系人。活动包括：

- 解释并确保您在早期干预计划中的权利；
- 协调您孩子的初始和持续资格；
- 在规定的时间内协调个性化家庭服务计划 (IFSP) 会议，包括您要求举行的会议；
- 协助 IFSP 小组制定能反映您的忧虑事项和优先事项相关的实用性成果；
- 协助您确定、获取、付费和监测所需的早期干预服务；
- 协助您寻找并联系您需要的其他支持和资源；以及
- 促进在孩子年满三岁前制定过渡计划。

服务协调员姓名	电话	电子邮件
机构名称	主管姓名和联系信息	

及时接受服务 (TRS) 截止日期 _	六个月定期审查截 止日期 _	过渡成果和规划会议 (TPC) 截止 日期 _ 距离孩子三岁生日不少 于 90 个日历日且不超过 9 个月
------------------------	-------------------	---

第 3 部分：资格和评价

第 3A 部分：资格

初始资格

出于以下原因，您的孩子有资格参与俄亥俄州早期干预 (EI) 计划：

发育迟缓，由早期干预评估小组于 _____ (日期) 确定。资格摘要参见第 3B 部分。

被诊断出患有很可能导致发育迟缓的身体或心理疾病。

诊断病情 _____

早期干预服务协调员确认诊断病情的日期 _____

年度资格

您的孩子：

早期干预资格持续至三岁，资格再认定不适用。

出于以下原因，今年再次认定为具备早期干预资格：

发育迟缓，由早期干预评估小组于 _____ (日期) 确定。资格摘要参见第 3B 部分。

诊断病情 _____

早期干预服务协调员确认诊断病情的日期 _____

第 3C 部分：家庭指导评价 (FDA) 摘要

这个部分总结了您向评估小组告知的家庭优先事项、忧虑事项及资源的相关信息。

完成日期

用于执行 FDA 的评价工具名称

完成 FDA 的人员姓名

家庭资源： 在孩子的生活中最重要和最常见的人员，以及他们在家庭中扮演的角色：

当前对家庭的生活最重要的机构、组织、服务和活动：

家庭日常活动： 家庭喜欢参加以下日常活动：

家庭忧虑： 家庭在日常生活和活动中遇到的问题、困难或挑战，需要早期干预小组帮助解决：

家庭优先事项： 这些是孩子和家庭所需的资源，包括家庭支持、活动、计划和组织：

目前，我们最希望早期干预小组给予帮助的方面：

第 3D 部分：其他信息： 我们希望早期干预小组知道的内容：

第 3E 部分：评价摘要

孩子想要成为家里和社区活动的积极和成功参与者，他们需要发展三个功能领域的技能：(1) 发展积极的社交情感技能；(2) 获取并使用知识和技能；以及 (3) 采取适当行动来满足其需求。早期干预小组通过您的孩子目前的发育水平、家庭的忧虑事项、资源和优先事项以及你们的日常生活等信息，了解孩子与同龄人相比存在的个性化需求。这些信息有助于孩子和家庭的实用性成果的制定。

发展积极的社交情感技能

对孩子与家人、其他成年人以及其他孩子互动和玩耍情况进行总结。其中包括诸如以下技能：

(1) 与家人、朋友、看护人员以及其他他人沟通和互动；(2) 表达自己的感受；(3) 参与社交游戏，如躲猫猫或话轮转换等，使用文字、声音、表情或手势；(4) 平伏烦躁心情；以及 (5) 表现出对社交规则的理解，如分享和轮流。

孩子的长处

孩子的需求

儿童成果摘要 (COS) 声明： 相对于同龄人，我们的孩子

- 在此成果领域拥有我们对同龄孩子所期望的全部技能。
- 在此成果领域拥有我们对同龄孩子所期望的技能，但存在一些问题。
- 在此成果领域展示出许多与其年龄相符的技能，但在某些方面可以说是与比之年龄稍小的孩子相当。
- 在此成果领域偶尔展示出一些与其年龄相符的技能，但在更多方面其技能低于对同龄孩子的期望。

- 尚未使用或掌握与其年龄相符的技能。在此领域他/她使用许多重要且直接的基础技能以逐步发展。
- 在此成果领域展示出一些新出现或直接的基础技能，这将帮助他/她向与其年龄相符的技能逐步发展。
- 可以说是与年龄小很多的孩子相当。在此成果领域他/她展示出早期技能，但尚未掌握直接的或与年龄相符的技能。

供年度 **IFSP** 和退出时使用。自上一次儿童成果摘要评定以来，在 *发展积极的社交情感技能* 方面，我们的孩子是否展示出任何新技能或行为？

是 否

获取并使用知识和技能

对孩子学习新东西和使用基本语言、沟通与问题解决等技能情况进行总结。这包括：(1) 重复其他人的行为；(2) 解决问题；(3) 使用手势、文字或表情；(4) 传达需求和欲望；(5) 理解指示；以及 (6) 传达自己的想法和主意。

孩子的长处

孩子的需求

儿童成果摘要 (COS) 声明： 相对于同龄人，我们的孩子

- 在此成果领域拥有我们对同龄孩子所期望的全部技能。
- 在此成果领域拥有我们对同龄孩子所期望的技能，但存在一些问题。
- 在此成果领域展示出许多与其年龄相符的技能，但在某些方面可以说是与比之年龄稍小的孩子相当。
- 在此成果领域偶尔展示出一些与其年龄相符的技能，但在更多方面其技能低于对同龄孩子的期望。

- 尚未使用或掌握与其年龄相符的技能。在此领域他/她使用许多重要且直接的基础技能以逐步发展。
- 在此成果领域展示出一些新出现或直接的基础技能，这将帮助他/她向与其年龄相符的技能逐步发展。
- 可以说是与年龄小很多的孩子相当。在此成果领域他/她展示出早期技能，但尚未掌握直接的或与年龄相符的技能。

供年度 **IFSP** 和退出时使用。自上一次儿童成果摘要评定以来，在获取并使用知识和技能方面，我们的孩子是否展示出任何新技能或行为？

是 否

采取适当行动来满足需求

对孩子是如何满足自己的需求（例如从一个地方移到另一个地方，独立进食，以及满足基本需求）的情况进行总结。其中包括 (1) 让我知道他/她饿了；(2) 让某人知道他/她需要帮助；(3) 努力获取够不着的东西；以及 (4) 我们的孩子在穿衣、吃饭、大小便和沟通上需要多大帮助。

孩子的长处

孩子的需求

儿童成果摘要 (COS) 声明： 相对于同龄人，我们的孩子

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 在此成果领域拥有我们对同龄孩子所期望的全部技能。 | <input type="checkbox"/> 尚未使用或掌握与其年龄相符的技能。在此领域他/她使用许多重要且直接的基础技能以逐步发展。 |
| <input type="checkbox"/> 在此成果领域拥有我们对同龄孩子所期望的技能，但存在一些问题。 | <input type="checkbox"/> 在此成果领域展示出一些新出现或直接的基础技能，这将帮助他/她向与其年龄相符的技能逐步发展。 |
| <input type="checkbox"/> 在此成果领域展示出许多与其年龄相符的技能，但在某些方面可以说是与比之年龄稍小的孩子相当。 | <input type="checkbox"/> 可以说是与年龄小很多的孩子相当。在此成果领域他/她展示出早期技能，但尚未掌握直接的或与年龄相符的技能。 |
| <input type="checkbox"/> 在此成果领域偶尔展示出一些与其年龄相符的技能，但在更多方面其技能低于对同龄孩子的期望。 | |

供年度 **IFSP** 和退出时使用。自上一次儿童成果摘要评定以来，在采取适当行动来满足需求方面，我们的孩子是否展示出任何新技能或行为？

是 否

多学科评估与评价小组成员

印刷体姓名	学科	联系信息
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

第 4 部分：儿童和家庭成果

这个部分根据您想要达成的目标来确定孩子或家庭的成果，以及取得该成果所需的步骤。这些成果基于小组从孩子和家庭评价中获得的信息。每项 IFSP 成果的书写表达必须通俗易懂，且与家庭指导评价期间（如已进行）所述的优先事项明确相关。

成果编号	此项儿童成果关注 <input type="checkbox"/> 发展积极的社交关系	<input type="checkbox"/> 获得并使用新技能和知识	<input type="checkbox"/> 采取行动	<input type="checkbox"/> 成果关注家庭参与度、家庭幸福或信息	<input type="checkbox"/> 成果关注过渡
------	--	--------------------------------------	-------------------------------	--	---------------------------------

鉴于您分享的有关家庭日常生活的信息，您希望通过早期干预支持和服务在家庭活动中看到什么？我们如何知道它已实现？

现在情况怎样？

策略：有哪些步骤与活动，包括人员及时机，可帮助我们实现 IFSP 成果？

我们目前可获得哪些支持来帮助我们实现该成果（正式且自然，包括不是由早期干预计划提供的服务）？

成果审核：对 IFSP 的审核必须至少每六个月进行一次，但时间间隔可以更短。您可以随时申请 IFSP 审核。

审核结果

- | | | | | |
|--------------------------------|--|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 成果已实现 | <input type="checkbox"/> 取得了进展：继续沿用目前的成果、策略和服务 | <input type="checkbox"/> 继续沿用成果，但修改策略和/或服务 | <input type="checkbox"/> 修改成果、策略和服务 | <input type="checkbox"/> 不再是家长优先事项 |
|--------------------------------|--|--|-------------------------------------|------------------------------------|

日期

日期

日期

日期

日期

影响该成果的新忧虑或事件

在实现该成果上取得的进展

早期干预服务：根据所有可用信息，**IFSP** 小组现已确定施行以下早期干预服务来支持我们的成果。

早期干预服务类型	方法	位置/场合	频率	对话长度	提供者机构	资金来源	预计开始日期	预计结束日期	成果编号

方法：直接 (D)；联合 (J) • 当面：(P)；技术 (T)

位置/场合：家里 (H)；社区 (C)；其他 (O)

对于不会在孩子的自然环境中提供的每项早期干预服务，应解释此成果无法在自然环境中达成的原因。

列出服务协调员和家庭将采取哪些措施（包括预计日期），将服务转入自然环境中。

列出需要的但尚未安排的早期干预服务。

服务协调员将采取哪些措施协调所需的早期干预服务。

及时接受服务 (TRS) 截止日期 _

表格 EI-5

当天日期	孩子姓名	孩子出生日期
家长姓名	EIDS 编号	

使用保险支付早期干预服务费用同意书

使用私人保险

我的服务协调员解释了“支付体系”规定，以及当我使用私人保险来支付早期干预服务费用时可能产生的任何潜在费用，例如共付额、免赔额、保费或长期成本（如因保单的年度或终身医疗保险上限而导致的利益损失）。我已收到有关这些潜在费用及我享有的权利的书面通知。我理解，当我同意使用我的私人保险时，如果我被确定为有能力支付，州政府将会在 IFSP 年度支付前 55 个早期干预服务单位的共付额和免赔额。如果我被确定为无法支付，州政府将支付全部早期干预服务单位的共付额和免赔额。

我同意使用我的私人保险来支付早期干预服务费用

是 否 我未持有私人保险

主要保单号	开始日期	结束日期
医疗保险公司名称	投保人姓名	
辅助保单号	开始日期	结束日期
医疗保险公司名称	投保人姓名	

家长签名 _____ 日期 _____

使用公共保险

我的服务协调员解释了早期干预支付体系规定。我已收到有关我享有的权利的书面通知，并知晓若使用医疗补助福利来支付早期干预服务费用，不会产生任何潜在费用。

我同意将孩子的个人信息（用于识别孩子的信息）分享给 IFSP 中所列的早期干预服务提供者和州医疗补助机构，以用于计费目的

是 否 我的孩子未持有医疗补助保险

医疗补助接受人/账单号码 _____

家长签名 _____ 日期 _____

表格 EI-6

仅供服务协调员使用

当天日期 _____ 孩子姓名 _____ 孩子出生日期 _____

从其他早期干预合格人员
收到的日期（如适用）

家长姓名 _____ EIDS 编号 _____

记录披露同意书和信息披露和/或交换同意书

作为家长，您有权允许或不允许向不属于早期干预体系的其他人员或机构披露孩子的早期干预记录。如果您允许披露记录，将向这些机构或人员发放本表格的副本。如果您不希望这些机构或人员知道您对其他机构的许可，请要求使用多次披露记录表格。作为家长，您可以访问孩子早期干预记录的任何部分。早期干预记录是指根据联邦法律《身心障碍个人教育促进法案 (IDEA)》的 C 部分收集、维护或使用的有关您孩子的所有记录。

记录披露同意书

我同意披露以下早期干预记录

- 个性化家庭服务计划 (IFSP) 进展说明
- 评估/评价结果 其他（请注明） _____

披露给以下机构或人员

记录披露目的

该同意书的有效期

- 直到我孩子的三岁生日，即
- 一年。注明结束日期
- 从 到

我的服务协调员或早期干预服务提供者已告知我有关记录披露的所有信息，并解释了我作为家长拥有的权利，其中包括同意权。我持有一份《俄亥俄州早期干预 (EI) 计划家长权利》手册。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。我理解并同意披露孩子的记录。

家长姓名 _____

家长签名 _____

日期 _____

信息披露和/或交换同意书

我同意以口头、书面或电子方式披露和/或交换以下信息

允许早期干预计划与以下机构或人员之间披露或交换信息

信息披露或交换目的

该同意书的有效期

直到我孩子的三岁生日，即

一年。注明结束日期

从 到

我已充分获悉有关我的孩子或我孩子的早期干预记录信息披露和/或交换的所有信息。我持有一份《俄亥俄州早期干预 (EI) 计划家长权利》手册，并知晓我有给予同意的权利。我了解，若进行早期干预投诉，我可以选择使用争端解决方式。

家长姓名

家长签名

日期

表格 EI-7

_____ 当天日期	_____ 孩子姓名	_____ 孩子出生日期
_____ 家长姓名	_____ EIDS 编号	

仅供服务协调员使用		
本同意书副本已于	_____	(日期)
送达家长		
<input type="checkbox"/> 当面	<input type="checkbox"/> 邮寄信函	<input type="checkbox"/> 电子邮件

过渡同意书

学区和俄亥俄州教育厅 (ODE) 通知： 俄亥俄州早期干预 (EI) 计划征求您的同意，是否允许向负责您孩子教育的俄亥俄州学区和 ODE 分享孩子的姓名及您的联系信息。这些信息有助于学区规划未来一年的学前特殊教育计划。

我的服务协调员已告知我有关向学区和 ODE 分享孩子的姓名、出生日期以及我的联系信息的所有信息，并解释了我作为家长拥有的权利，其中包括同意权。我持有一份《俄亥俄州早期干预 (EI) 计划家长权利》手册。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。

我理解并同意向学区和 ODE 分享孩子的姓名、出生日期以及我的联系信息。

我不同意向学区和 ODE 分享孩子的姓名、出生日期以及我的联系信息。

_____ 家长姓名	_____ 家长签名	_____ 日期
---------------	---------------	-------------

过渡规划会议 (TPC)： 如果您的孩子享有获得 IDEA B 部分的学前教育服务的资格，俄亥俄州早期干预 (EI) 计划会征求您的同意，是否安排与您所在学区的代表举行过渡规划会议，后者将解释确定 B 部分学前教育资格的流程。会议的举行应在距离孩子三岁生日不少于 90 日且不超过 9 个月内进行。

如果您的孩子被认定为不具备获得 IDEA B 部分学前教育服务的潜在资格，早期干预 (EI) 计划会征求您的同意，是否安排与您及您的小组所确定的其他社区服务提供者举行过渡规划会议。

我的服务协调员已告知我有关过渡规划会议 (TPC) 的所有信息，并解释了我作为家长拥有的权利，其中包括同意权。我持有一份《俄亥俄州早期干预 (EI) 计划家长权利》手册。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。

我理解并同意安排过渡规划会议。

我不同意举行过渡规划会议。

_____ 家长姓名	_____ 家长签名	_____ 日期
---------------	---------------	-------------

表格 EI-8

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

家长姓名

EIDS 编号

仅供服务协调员使用

本同意书副本已于 _____ (日期)
送达家长

当面 邮寄信函 电子邮件

向当地教育机构和俄亥俄州教育厅 (ODE) 转介孩子同意书

俄亥俄州早期干预 (EI) 计划最近收到了有关您的孩子的转介。由于早期干预计划是面向从出生到三岁期间存在发育迟缓和身心障碍的儿童，而您的孩子已接近三岁，因此无法确定您孩子的享有早期干预资格。不过，如果您怀疑您的孩子可能存在发育迟缓或身心障碍问题，您的孩子可能有资格获得《身心障碍个人教育促进法案 (IDEA)》B 部分的学前特殊教育服务。

您可以自行联系所在学区进行转介。

如果您希望早期干预计划联系您所在学区进行转介，我们需要先征得您的同意。经您同意后，我们会将您的联系信息以及孩子的姓名和出生日期提供给负责您的孩子教育的学区和 ODE。

我已充分获悉并理解我的联系信息以及我孩子的姓名将被分享给我所在当地学区和 ODE。我已收到此表格及随附的《俄亥俄州早期干预 (EI) 计划家长权利》手册。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。我同意早期干预计划向我所在学区和 ODE 提供孩子的姓名、出生日期以及我的联系信息。

家长姓名

家长签名

日期

III. 当面观察孩子：这是评估小组在评估期间通过观察您的孩子了解到的信息的摘要。其中包括孩子参与的活动类型、孩子的互动对象，以及孩子对陌生和熟悉环境与人员（包括评估小组）的反应。

IV. 了解孩子的独特发育状况所需的其他来源信息：您分享的但未在其他地方记录的任何其他类型信息都可以列在此处。

多学科评估与评价小组成员

印刷体姓名

学科

联系信息

有关促进孩子发展的想法和建议

您可能会感兴趣的社区支持和资源

作为家长，您可以选择可用的争端解决方式。随附有一份《早期干预 (EI) 计划家长权利》手册。如果对这些结果有任何疑问，请联系您的早期干预服务协调员。在孩子年满三岁之前，如果您对他/她的发育状况有任何新疑虑，均可以联系服务协调员。

服务协调员姓名

服务协调员联系信息

表格 EI-10

当天日期	孩子姓名	孩子出生日期
家长姓名	EIDS 编号	

仅供服务协调员使用

本通知副本已于 (日期)

送达家长

当面 邮寄信函 电子邮件

退出预先书面通知

俄亥俄州早期干预 (EI) 计划提议结束您和您孩子的早期干预服务。俄亥俄州早期干预 (EI) 计划将保留孩子的早期干预记录副本，直到孩子年满九岁。您有权审阅或索取孩子的相关记录。出于以下原因，俄亥俄州早期干预 (EI) 计划提议您的孩子在收到本通知后的至少 10 日后从早期干预体系中退出：

- 您的孩子接受了筛查，且未被发现存在发育迟缓或身心障碍。您可以随时联系早期干预服务协调员以申请评估。
- 您的孩子符合早期干预服务的资格要求。
- 您未同意对您的孩子进行评估或评价。
- 您的孩子不符合早期干预服务的资格要求。
- 我们无法与您联系。请在收到本通知后的 10 个日历日内联系您的早期干预服务协调员。
- 未完成所要求的资格再认定。
- 您的孩子已离开俄亥俄州。
- 未完成所要求的年度评价。
- 您的孩子已确定您的家庭目前不需要个性化家庭服务计划 (IFSP)。
- 您的孩子在三岁之前已通过 IEP 过渡到 B 部分服务。
- 孩子的 IFSP 成果已实现，且 IFSP 小组已达成一致，认同孩子不需要额外的 IFSP 成果。
- 您已结束参与早期干预体系。

备注：

作为家长，您可以选择可用的争端解决方式。随附有一份《早期干预 (EI) 计划家长权利》手册。如果您认为孩子退出的理由不够清晰或不准确，请与我联系。

早期干预服务协调员姓名	早期干预服务协调员联系信息
-------------	---------------

在孩子年满三岁之前，您随时可以致电 1-800-755-4769 联系 Central Intake 或访问 www.ohioearlyintervention.org 进行再次转介。

表格 EI-11

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

家长姓名

EIDS 编号

拟议服务变更的预先书面通知

任何俄亥俄州早期干预 (EI) 服务提供者在建议/提议开始 (启动) 或更改为家庭和孩子所提供的早期干预服务时, 须在开始或更改早期干预服务至少 10 个日历日前将预先通知书送达家长。

俄亥俄州早期干预计划提议为您的孩子和家庭

开始

更改一项或多项早期干预服务。

拟议变更详细信息

拟议变更理由

拟议变更日期 (自本日起至少 10 日后)

如果您对此行动有任何疑问, 请尽快与我联系。

早期干预服务提供者名称

早期干预服务提供者联系信息

作为家长, 您可以选择可用的争端解决方式。随附有一份《俄亥俄州早期干预 (EI) 计划家长权利》手册。如果您有任何疑问, 请联系早期干预服务协调员:

早期干预服务协调员姓名

早期干预服务协调员联系信息

放弃时限 (可选)

我理解并同意放弃我享有的在更改或开始拟议活动前 10 个日历日收到书面通知之权利。

家长姓名缩写

日期

(名称/角色) 已于 (日期)

将本通知和同意书表格副本送达家长

当面

邮寄信函

电子邮件

如果此表格由早期干预服务协调员以外的人员完成, 则早期干预服务提供者必须在送达通知后的 5 个日历日内将副本发送给早期干预服务协调员。

表格 EI-12

诊断病情书面记录

尊敬的医疗专业人员，根据州和联邦对《身心障碍个人教育促进法案 (IDEA)》C 部分的资格要求，大多数医疗诊断结果不会导致自动符合早期干预资格。不过，经许可诊断和治疗身体或心理疾病的专业人员若对特定的孩子的病情诊断为可能会导致发育迟缓，则该孩子可获得一年的早期干预资格。随后，早期干预小组将会进行全面评估以确定孩子的早期干预计划需求。**此表格用于确定早期干预资格，所有字段都必须填写。**

孩子姓名	孩子出生日期	家长姓名
------	--------	------

请在方框内说明孩子的具体诊断结果。
不得填写“全面延缓”、“发育延缓”或发育相关忧虑（如“言语问题”）等字眼。

请勾选以下其中一项

我怀疑这名孩子的病情可能会导致孩子在以下一项或多项领域出现发育迟缓（勾选所有适用项）

- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 沟通 | <input type="radio"/> 社交/情感 |
| <input type="radio"/> 运动 | <input type="radio"/> 适应/自理/独立 |
| <input type="radio"/> 视觉 | <input type="radio"/> 认知/问题解决 |
| <input type="radio"/> 听觉 | <input type="radio"/> 其他（请注明）_____ |

备注（可选）

我**没有**理由认为这名孩子的病情可能会导致发育迟缓。不过，据我所知，家长和孩子仍然有权接受发育评估以确定是否符合早期干预资格。

经许可诊断和治疗身体或心理疾病的专业人员

姓名 _____ 许可类型 _____ 电话 _____

签名 _____ 电子邮件 _____ 日期 _____

请将此表格交回给孩子的早期干预服务协调员

服务协调员姓名 _____ 传真 _____ 电子邮件 _____

仅供服务协调员使用

收到表格日期 _____ EIDS 编号 _____

表格 EI-13

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

家长姓名

EIDS 编号

仅供服务协调员使用

本通知副本已于 (日期) 送达

家长 当面 邮寄信函 电子邮件。

通知已于 (日期) 发送给其他

个性化家庭服务计划 (IFSP) 会议通知

现在，我们需要开会：

制定临时 IFSP，直到我们完成评估并安排“初始”IFSP。

审查资格和评估信息，并制定第一份（“初始”）IFSP。

定期审查 IFSP，以确定 IFSP 成果的实现进展情况，以及是否有必要修改或修订 IFSP 确定的成果或早期干预服务。

审核资格和评估信息，并制定年度 IFSP。

本次 IFSP 会议将包含过渡规划会议。

我们同意安排 IFSP 会议

日期

时间

地点

您已要求邀请以下人员参加 IFSP 会议。他们也将收到这份通知。

姓名、角色或关系

姓名、角色或关系

姓名、角色或关系

姓名、角色或关系

此外，还邀请了以下早期干预服务提供者参加 IFSP 会议。他们也将收到这份通知。

姓名、角色或机构

姓名、角色或机构

姓名、角色或机构

姓名、角色或机构

如果您有任何疑问或想要更改此会议的任何内容，请联系我，即您的早期干预服务协调员：

服务协调员姓名

服务协调员联系信息

表格 EI-14

仅供服务协调员使用：当地 EI SC 机构收到

专业人员转介跟进

转介的日期

仅在征得家长同意后，才会向将孩子转介给早期干预计划的专业人员提供此表格的副本。

当天日期

被转介孩子姓名

孩子出生日期

转介孩子的专业人员姓名

机构名称

专业人员或机构联系信息

我的服务协调员已告知有关向早期干预 (EI) 计划披露孩子的转介状况的所有信息，并解释了我作为家长拥有的权利，其中包括同意权。我持有一份《俄亥俄州早期干预 (EI) 计划家长权利》手册。我了解，若发生早期干预投诉，我可以选择争端解决的方式。我理解并同意向做出转介的专业人员披露有关孩子的转介状况的信息。

家长姓名

家长签名

日期

家长未同意披露有关孩子转介状况的信息。请联系该家庭以获得更多信息。

多次尝试联系家长但未成功。如果您有更新后的家长联系信息，请告诉我们。

已联系家长，但出现以下情况：

在确定是否符合俄亥俄州早期

不符合参与俄亥俄州早期干预计划的资格

干预资格过程中

早期干预小组，包括家长，确定目前不需要早期干预服务

家长拒绝了早期干预服务

俄亥俄州早期干预计划对您的转介深表感激！您随时可以致电 1-800-755-4769 联系 Central Intake 或访问 www.ohioearlyintervention.org 进行再次转介。

表格 EI-15

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

家长姓名

EIDS 编号

家长支付早期干预服务费用能力的认定

文件材料 (只需一项)

(A) 俄亥俄州医疗补助卡

(B) 俄亥俄州妇幼营
养补助卡 (WIC)

(C) 家长收入

家长收入: 每周 (52) 每两周 (26) 每月 (12) 每两个月 (24) 家庭人数: _____

工资单日期

总金额

家长收入: 每周 (52) 每两周 (26) 每月 (12) 每两个月 (24) 家庭人数: _____

总金额

年收入总额

家庭收入低于或符合未参保儿童的健康启动 (Healthy Start) 计划资格要求? (206% FPL) 是 否

<https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

我选择不披露我的财务信息, 并了解, 根据 OAC 5123:10-03 (D), 我将需要支付扣除公共资助的前 55 个早期干预服务单位以外的费用部分。

家长姓名缩写

我已查看并审核根据 OAC 5123:2-10-03 (D) 由家长提供的文件材料, 并确定家长

无法 有能力支付相关早期干预服务费用。

早期干预服务协调员姓名

日期

早期干预服务协调员签名

我已审查了用于填写此表格的信息, 我的服务协调员向我解释了有关我是否有能力支付早期干预服务费用的认定。

家长签名

日期

表格 EI-16

仅供服务协调员使用

此表格于 (日期/签署 IFSP 后 30 日内) 提交给 DODD, 另外包含表格

EI-04 EI-05 EI-15

当天日期

孩子姓名

EIDS 编号

孩子出生日期

早期干预服务费用支付

家长姓名			家长姓名		
地址			地址		
城市	州	邮政编码	城市	州	邮政编码
社会保险号码			社会保险号码		
家庭电话号码	工作电话号码		家庭电话号码	工作电话号码	
电子邮件			电子邮件		
孩子的住址				郡	
城市	州	邮政编码	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

推荐的 IFSP 早期干预服务 (必要时添加更多页面)

服务类别	提供者名称和地址	频率	付款来源

服务协调员签名	日期	服务协调员电子邮件			
服务协调员姓名	机构名称			电话号码	
地址	城市	州	邮政编码		

我在此授权上面列出的服务协调员将此申请提交给俄亥俄州发育障碍厅 (DODD), 以便为此申请中指定的孩子支付服务费用。

家长姓名

家长签名

日期

仅供 DODD 使用

已批准 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	初始 55 个单位 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	额外服务请求 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	支付特殊医疗费用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	生效日期	到期日期
DODD 工作人员				日期	

表格 EI-17

当天日期

孩子姓名

孩子出生日期

家长姓名

EIDS 编号

特殊医疗费用工作表

家长收入: 每周 (52) 每两周 (26) 每月 (12) 每两个月 (24) 家庭人数: _____

工资单日期 _____

总金额 _____

家长收入: 每周 (52) 每两周 (26) 每月 (12) 每两个月 (24) 家庭人数: _____

工资单日期 _____

总金额 _____

年收入总额 _____

家庭收入超过联邦贫困线 (FPL) 210-401% 或以上的计算方式参见 <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

_____ x__ = _____

年收入

EME

自付医疗费用

我根据由美国卫生和公共服务部确定并在联邦公报中公布的最新联邦贫困线计算了预期的自付医疗费用，并已向家长分享了这些信息。DODD 将使用此信息来最终确定家庭的特殊医疗费用。

早期干预服务协调员姓名

日期

早期干预服务协调员签名

表格 EI-18

家庭自付医疗费用跟踪表

孩子姓名 _____ 孩子出生日期 _____ 家庭年收入 _____

IFSP 年份 _____ 表格 E-17 的自付医疗费用 _____

早期干预服务协调员提交至 **DODD**:

IFSP 是否随附早期干预表格 EI-15、EI-16、EI-17?

是 否

收据编号	支付日期	支付用途	医疗费用金额	您支付的金额 (如超过 \$100, 附上收据)

