# Форма EI-1

| xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Ім'я та прізвище дитини | Дата народження дитини |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | | xxxxxxxxxxxx |
| Імена та прізвища батьків | | Номер у системі раннього втручання (EIDS) |

**Заповнюється координатором послуг**

xx/xx/xxxx (дата) копія цього повідомлення та згоди була надана батькам

☐ особисто ☒ поштою ☐ електронною поштою

## Попереднє письмове повідомлення та згода на скринінг розвитку

Скринінг розвитку використовується для того, щоб визначити, чи є у вашої дитини підозра на затримку розвитку. Скринінг включає в себе збір інформації від вас, батьків, та інших осіб, яких ви виберете, спостереження за дитиною, а також використання інструментів скринінгу, які охоплюють усі сфери розвитку. Ви можете подати запит на оцінювання розвитку в будь-який час незалежно від результату скринінгу. Вам має бути надане письмове повідомлення щонайменше за 10 календарних днів до скринінгу.

Мій координатор послуг надав(ла) мені всю інформацію стосовно скринінгу розвитку та пояснив(ла) права батьків, у тому числі й щодо згоди. У мене є брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання штату Огайо» (Ohio Early Intervention, EI). Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми EI, у мене є можливість урегулювання спору. Я розумію суть і даю згоду на скринінг розвитку мої дитини.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Імена та прізвища батьків | Підпис(и) батьків | Дата |

**Відмова від попереднього повідомлення (не обов'язково)**

Я розумію та погоджуюсь на відмову від свого права отримувати письмове повідомлення за 10 календарних днів до запропонованої діяльності.

| xxxxxxxxxxxxxxxxxxx | xx/xx/xxxx |
|---|---|
| Ініціали батьків | Дата |

# Форма EI-2

| xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Ім'я та прізвище дитини | Дата народження дитини |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | | xxxxxxxxxxxx |
| Імена та прізвища батьків | | Номер у системі раннього втручання (EIDS) |

**Заповнюється координатором послуг**

xx/xx/xxxx (дата) копія цього повідомлення та згоди була надана батькам

☐ особисто ☐ поштою ☐ електронною поштою

## Попереднє письмове повідомлення та згода на проведення аналізу та оцінки розвитку

Відповідність критеріям програми раннього втручання (Early Intervention, EI) визначається за допомогою оцінювання. Група EI (один або більше фахівців) проводить аналіз розвитку та визначає відповідність вашої дитини критеріям. Оцінка, яка зазвичай проводиться в той самий час, спрямована на розуміння участі вашої дитини в сімейному повсякденному житті та діяльності. Аналіз та оцінка передбачають:

- вивчення відповідних записів, у т. ч. медичних, які ви погоджуєтесь надати;
- спостереження за вашою дитиною;
- вивчення інформації від вас про розвиток вашої дитини;
- використання інструментів аналізу й оцінювання, які надають інформацію про розвиток наступних навичок вашої дитини: комунікативних, адаптивних/догляду за собою, соціальних/емоційних, когнітивних/мислення/вирішення проблем, моторних/рухових, зорових та слухових.

Ця інформація разом з тією, що ви надаєте про свою родину, пріоритети та проблеми, закладає основу для розробки індивідуального плану обслуговування родини (Individualized Family Service Plan, IFSP) та визначення, які саме послуги раннього втручання необхідні для підтримки вас та вашої дитини. Вам має бути надано письмове повідомлення щонайменше за 10 календарних днів до аналізу та оцінювання.

Ми пропонуємо (позначте все, що підходить):

☐ Визначити відповідність вашої дитини критеріям програми раннього втручання за допомогою аналізу розвитку.

☐ Визначити сильні сторони та потреби вашої дитини за допомогою оцінки розвитку.

Мій координатор послуг надав(ла) мені всю інформацію стосовно аналізу та (або) оцінки та пояснив(ла) права батьків, у тому числі щодо згоди. У мене є брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання штату Огайо». Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми EI, у мене є можливість урегулювання спору.

Я даю згоду на ☐ аналіз ☐ оцінку своєї дитини (позначте один або обидва варіанти).

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Імена та прізвища батьків | Підпис(и) батьків | Дата |

**Відмова від попереднього повідомлення (не обов'язково)**

Я розумію та погоджуюсь на відмову від свого права отримувати письмове повідомлення за 10 календарних днів до запропонованої діяльності.

| xxxxxxxxxxxxxxxxxxx | xx/xx/xxxx |
|---|---|
| Ініціали батьків | Дата |

# Форма EI-3

| xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Ім'я та прізвище дитини | Дата народження дитини |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | | xxxxxxxxxxxx |
| Імена та прізвища батьків | | Номер у системі раннього втручання (EIDS) |

**Заповнюється координатором послуг**

xx/xx/xxxx (дата) копія цього повідомлення та згоди була надана батькам

☐ особисто ☐ поштою ☐ електронною поштою

Дата пропозиції проведення оцінки родини: xx/xx/xxxx

## Попереднє письмове повідомлення та згода на оцінку родини

Програма раннього втручання (EI) надає ресурси та допомагає членам родини й доглядальникам покращити розвиток дитини та залучати дитину до повсякденної діяльності. Як батьки ви знаєте свою дитину краще за всіх. Ви знаєте, що відбувається щоденно, що приносить радість або стає незвичайною задачею для вас та вашої родини.

Оцінка родини — це ваша можливість більш детально розповісти групі EI про свої проблеми та пріоритети, щоб успішно залучити свою дитину до всієї щоденної діяльності та отримати потенційні ресурси й допомогу. Оцінка родини не є обов'язковою, тому в ній беруть участь тільки ті члени родини, хто виявив бажання.

Ви маєте право розповісти про свою родину рівно стільки, скільки хочете. Вам має бути надане письмове повідомлення щонайменше за 10 календарних днів до оцінки родини.

Мій координатор послуг надав(ла) мені всю інформацію стосовно оцінки родини та пояснив(ла) права батьків, у тому числі щодо згоди. У мене є брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання (EI) штату Огайо». Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми EI, у мене є можливість урегулювання спору.

☐ Визначити відповідність вашої дитини критеріям програми раннього втручання за допомогою аналізу розвитку.

☐ Визначити сильні сторони та потреби вашої дитини за допомогою оцінки розвитку.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Імена та прізвища батьків | Підпис(и) батьків | Дата |

**Відмова від попереднього повідомлення (не обов'язково)**

Я розумію та погоджуюсь на відмову від свого права отримувати письмове повідомлення за 10 календарних днів до запропонованої діяльності.

| xxxxxxxxxxxxxxxxxxx | xx/xx/xxxx |
|---|---|
| Ініціали батьків | Дата |

# Форма EI-04 Індивідуальний план обслуговування родини (IFSP)

OHIO Early Intervention

| **Тип та дата IFSP** | ☐ Первинний | ☐ Періодичний | ☐ Річний | Номер у системі раннього втручання (EIDS)<br>Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|---|---|---|
| | ☐ Періодичний | ☐ Періодичний | | |

## Розділ 1. Інформація про дитину та родину

| Ім'я дитини<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Прізвище<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Коротке ім'я<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Дата народження<br>xx/xx/xxxx |
|---|---|---|---|
| Мови, якими розмовляють з дитиною<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Чи потрібен перекладач?<br>☐ Так ☐ Ні | Расова та етнічна приналежність дитини<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Шкільний округ за місцем проживання батька/матері<br>Натисніть сюди для вводу тексту. |
| Прізвище та ім'я батька/матері<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Адреса<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | Чи проживає з дитиною?<br>☐ Так ☐ Ні |
| Ступінь споріднення з дитиною, якщо не біологічний батько/матір або не усиновлювач<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | Телефон; мобільний; домашній; робочий<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | |
| Електронна пошта<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Бажаний спосіб зв'язку<br>☐ Телефоном ☐ Електронною поштою ☐ Текстовим повідомленн | Бажаний час зв'язку<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | |
| Прізвище та ім'я батька/матері<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Адреса<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | Чи проживає з дитиною?<br>☐ Так ☐ Ні |
| Ступінь споріднення з дитиною, якщо не біологічний батько/матір або не усиновлювач<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | Телефон; мобільний; домашній; робочий<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | |
| Електронна пошта<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Бажаний спосіб зв'язку<br>☐ Телефоном ☐ Телефоном ☐ Телефоном | Бажаний спосіб зв'язку | |

## Розділ 2. Інформація про координатора послуг

Ваш координатор послуг раннього втручання (EI) є єдиною контактною особою для здійснення діяльності впродовж вашої участі в програмі EI. Він відповідає за наступне:

- пояснення та забезпечення дотримання ваших прав у програмі EI;
- координація первинної та подальшої відповідності вашої дитини критеріям програми;
- координація зустрічей згідно з індивідуальним планом обслуговування родини (IFSP) в межах необхідних часових рамок, у т. ч. зустрічі за вашим запитом;
- сприяння групі IFSP у досягненні результатів, які будуть ефективними та відповідатимуть вашим проблемам та пріоритетам;
- допомога вам у визначенні, отриманні, фінансуванні та моніторингу необхідних послуг РВ;
- сприяння у пошуку та отриманні інших необхідних вам засобів підтримки та ресурсів;
- допомога у розробці плану переходу до досягнення дитиною трирічного віку.

| Прізвище та ім'я координатора послуг<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Телефон<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Електронна пошта<br>Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|---|
| Назва установи<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Прізвище, ім'я та контактна інформація інспектора<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | |

| Своєчасне отримання послуг до: xx/xx/xxxx | Періодичний огляд кожних пів року до: xx/xx/xxxx | Зустріч щодо результату та планування переходу має відбутися не пізніше ніж за 90 календарних днів та не раніше ніж за 9 місяців до досягнення дитиною трьох років xx/xx/xxxx |
|---|---|---|

# Розділ 3. Відповідність критеріям та оцінювання

## Розділ 3A. Відповідність критеріям

### Первинна відповідність критеріям

Ваша дитина відповідає критеріям програми раннього втручання (EI) штату Огайо у зв'язку з:

☐ Затримкою розвитку, яку визначила група з аналізу EI Натисніть сюди для вводу тексту. (дата). Підсумок щодо відповідності критеріям див. у розділі 3B.

☐ Діагностованим фізичним або ментальним станом, який з високою вірогідністю може призвести до затримки розвитку.

Діагностований стан Натисніть сюди для вводу тексту.

Дата підтвердження діагностованого стану координатором послуг EI Натисніть сюди для вводу тексту.

### Щорічна перевірка на відповідність критеріям

Ваша дитина:

☐ Відповідає критеріям до досягнення трирічного віку; повторне визначення відповідності не передбачається.

☐ Підлягає цьогорічному повторному визначенню відповідності критеріям у зв'язку з:

☐ Затримкою розвитку, яку визначила група з аналізу EI Натисніть сюди для вводу тексту. (дата). Підсумок щодо відповідності критеріям див. у розділі 3B.

☐ Діагностований стан Натисніть сюди для вводу тексту.

Дата підтвердження діагностованого стану координатором послуг EI

## Розділ 3B. Підсумок аналізу

Нижче наведено підсумок щодо поточного рівня функціонування вашої дитини в усіх основних напрямках розвитку. Группа з проведення аналізу пояснює, що вдалося дізнатися про розвиток вашої дитини в процесі аналізу.

I. **Застосування інструментів.** У цьому розділі група з проведення аналізу документує, який інструмент було використано, дату(и) застосування та результати (у т. ч., чи присутня затримка на основі виставлення балів або клінічного висновку) за всіма головними напрямками розвитку (адаптивний, фізичний [велика та дрібна моторика, зір, слух], комунікативний, соціально-емоційний та когнітивний). Місце тестування та примітки щодо адаптації інструмента або середовища (адаптивне обладнання, перекладач, мова жестів) додаються.

II. **Огляд історії вашої дитини.** Це підсумок того, що група з проведення аналізу дізналася у результаті розмови з батьками, вивчення записів про здоров'я (наприклад, з медичного огляду, перевірки зору, слуху, харчування, генетичних факторів та обстежень у спеціалізованих клініках) та записів про навчання (наприклад, з програми Early Head Start та від закладів догляду за дітьми).

III. **Персональне спостереження за вашою дитиною.** Це підсумок того, що група з проведення аналізу дізналася у результаті спостереження за вашою дитиною під час проведення аналізу. Це охоплює тип активності, в якій брала участь ваша дитина, з ким вона взаємодіяла, а також реакцію вашої дитини на нові та знайомі ситуації та людей, у т. ч. на групу з проведення аналізу.

IV. **Інформація з інших джерел, необхідна для розуміння індивідуального розвитку вашої дитини.** Сюди можна додати будь-яку іншу інформацію, яку ви надали, але яка не була ніде задокументована.

## Розділ 3C. Підсумок оцінювання родини

У цьому розділі підсумовується інформація про пріоритети, проблеми та ресурси вашої родини, яку ви надали групі з оцінювання.

| xx/xx/xxxx | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|---|
| Дата проведення | Назва інструментів, використаних для оцінки родини | Прізвище та ім'я особи, яка проводила оцінку родини |

**Ресурси родини.** Найважливіші люди, котрі регулярно присутні в житті нашої дитини, та роль, яку вони відіграють в нашій родині:

Найбільш важливі для нашої родини на даний момент установи, організації, послуги та діяльність:

**Спосіб життя родини.** Нашій родині подобається наступна діяльність:

**Проблеми родини.** Проблеми, складнощі та задачі, з якими стикається наша родина під час повсякденної діяльності, та які може вирішити група EI:

**Пріоритети родини.** Це ресурси, які необхідні нашій дитині та родині, включно з підтримкою родини, діяльність, програми та організації:

На даний момент ми б хотіли, щоб група EI найбільше допомогла з:

**Розділ 3D. Інша інформація.** Ми б хотіли, щоб наша група EI знала наступне:

## Розділ 3E. Підсумок оцінювання

Щоб діти були активними та успішними учасниками вдома та в колективі, їм необхідно опанувати навички в трьох функціональних областях: (1) розвиток позитивних соціально-емоційних навичок; (2) отримання та застосування знань і навичок; та (3) виконання відповідних дій для задоволення своїх потреб. Ваша група використовує інформацію про поточні рівні розвитку вашої дитини, проблеми, ресурси й пріоритети вашої родини та вашу повсякденну діяльність, щоб зрозуміти індивідуальні потреби вашої дитини в порівнянні з її однолітками. Ця інформація сприяє досягненню ефективних результатів для вашої дитини та родини.

## Розвиток позитивних соціально-емоційних навичок

Підсумок того, як дитина взаємодіє та грає з родиною, іншими дорослими та дітьми. Це охоплює такі навички, як (1) спілкування та взаємодія з родиною, друзями, вихователями та іншими людьми, (2) прояв почуттів дитини, (3) гра в соціальні ігри, наприклад «ку-ку» або ігри зі зміною ролей, ігри у слова, звуки, знаки чи жести, (4) заспокоєння у випадку засмучення та (5) демонстрація розуміння соціальних правил, наприклад обмін та зміна ролей.

Сильні сторони дитини

Потреби дитини

**Підсумковий звіт про результати дитини (COS).** У порівнянні з однолітками наша дитина

- ☐ має всі навички, характерні для дитини такого віку в цій сфері;
- ☐ має навички, очікувані для такого віку дитини щодо цього результату, проте є певні проблеми;
- ☐ демонструє багато навичок відповідно до свого віку, але деяку поведінку можна описати як притаманну дитині молодшого віку;
- ☐ час від часу демонструє використання відповідних до віку навичок, але більшість навичок не відповідають віку.
- ☐ ще не використовує навички, очікувані для цього віку дитини. Дитина використовує багато важливих та безпосередніх основних навичок, на які можна розраховувати в цій області досягнення;
- ☐ демонструє деякі навички, які щойно формуються, та безпосередні основні навички, які допоможуть дитині прогресувати у формуванні відповідних до віку навичок у цій області;
- ☐ можна описати як притаманну дитині значно молодшого віку. Дитина демонструє ранні навички, але не має безпосередніх основних або відповідних до віку навичок у цій області;

**Для річного IFSP та на момент виходу з програми.** Чи продемонструвала наша дитина нові навички або поведінку, пов'язані з *розвитком позитивних соціально-емоційних навичок,* з моменту останнього оцінювання підсумку результатів дитини? ☐ Так ☐ Ні

## Отримання та використання знань та навичок

Підсумок того, як наша дитина вивчає нові речі та використовує базову мову, навички комунікації та вирішення проблем. Сюди входить (1) копіювання дій інших людей, (2) вирішення проблем, (3) використання жестів, слів або знаків, (4) висловлювання потреб та бажань, (5) розуміння вказівок, (6) висловлювання власних думок та ідей.

Сильні сторони дитини

Потреби дитини

**Підсумковий звіт про результати дитини (COS).** У порівнянні з однолітками наша дитина

- ☐ має всі навички, характерні для дитини такого віку в цій сфері;
- ☐ має навички, очікувані для такого віку дитини щодо цього результату, проте є певні проблеми;
- ☐ демонструє багато навичок відповідно до свого віку, але деяку поведінку можна описати як притаманну дитині молодшого віку;
- ☐ час від часу демонструє використання відповідних до віку навичок, але більшість навичок не відповідають віку.
- ☐ ще не використовує навички, очікувані для цього віку дитини. Дитина використовує багато важливих та безпосередніх основних навичок, на які можна розраховувати в цій області досягнення;
- ☐ демонструє деякі навички, які щойно формуються, та безпосередні основні навички, які допоможуть дитині прогресувати у формуванні відповідних до віку навичок у цій області;
- ☐ можна описати як притаманну дитині значно молодшого віку. Дитина демонструє ранні навички, але не має безпосередніх основних або відповідних до віку навичок у цій області;

**Для річного IFSP та на момент виходу з програми.** Чи продемонструвала наша дитина нові навички або поведінку, пов'язані з *отриманням та використанням знань та навичок,* з моменту останнього оцінювання підсумку результатів дитини? ☐ Так ☐ Ні

## Виконання відповідних дій для задоволення потреб

Підсумок того, як дитина починає дбати про свої власні потреби, такі як перехід з місця на місце, самостійне вживання їжі та турбота про основні потреби. Дитина (1) дає мені знати, коли хоче їсти, (2) дає комусь знати, коли їй потрібна допомога, (3) намагається щось отримати поза межами доступу та (4) скільки допомоги потребує наша дитина у одяганні, вживанні їжі, використанні туалету та спілкуванні.

Сильні сторони дитини

Потреби дитини

**Підсумковий звіт про результати дитини (COS).** У порівнянні з однолітками наша дитина

☐ має всі навички, характерні для дитини такого віку в цій сфері;

☐ має навички, очікувані для такого віку дитини щодо цього результату, проте є певні проблеми;

☐ демонструє багато навичок відповідно до свого віку, але деяку поведінку можна описати як притаманну дитині молодшого віку;

☐ час від часу демонструє використання відповідних до віку навичок, але більшість навичок не відповідають віку.

☐ ще не використовує навички, очікувані для цього віку дитини. Дитина використовує багато важливих та безпосередніх основних навичок, на які можна розраховувати в цій області досягнення;

☐ демонструє деякі навички, які щойно формуються, та безпосередні основні навички, які допоможуть дитині прогресувати у формуванні відповідних до віку навичок у цій області;

☐ можна описати як притаманну дитині значно молодшого віку. Дитина демонструє ранні навички, але не має безпосередніх основних або відповідних до віку навичок у цій області;

**Для річного IFSP та на момент виходу з програми.** Чи продемонструвала наша дитина нові навички або поведінку, пов'язані з *виконанням відповідних дій для задоволення потреб,* з моменту останнього оцінювання підсумку результату дитини? ☐ Так ☐ Ні

### Члени групи з багатопрофільного оцінювання та аналізу

| Прізвище та ім'я друкованими літерами | Дисципліна | Контактна інформація |
|---|---|---|
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |

# Розділ 4. Результати нашої дитини та родини

У цьому розділі визначено результат дитини або сім'ї на основі того, що ви хочете досягти, а також визначено кроки для досягнення цього результату. Результат базується на інформації, яку група отримала з оцінок дитини та родини. Кожен результат IFSP має бути записаний зрозумілими словами та у спосіб, який чітко співвідноситься з тим, що ви вказали в якості ваших пріоритетів під час оцінки родини (якщо проводилася).

| Результат номер xx | Цей результат дитини стосується до xx | ☐ Розвиток позитивних соціальних відносин | ☐ Отримання та використання нових знань та навичок | ☐ Виконання дій | ☐ Результат стосується участі родини, її благополуччя чи інформації | ☐ Результат стосується переходу |
|---|---|---|---|---|---|---|

Враховуючи те, що ви розповіли про щоденне життя своєї родини, які зміни ви хотіли би побачити у вашій родині як результат підтримки та послуг плану EI. Як ми будемо знати, коли мети буде досягнуто?

Що відбувається зараз?

Стратегія: які кроки та дії, а також хто і коли, допоможуть нам у досягненні результату IFSP?

Підтримка, яку ми наразі надаємо, щоб допомогти досягти результату (формальна та реальна, у т. ч. послуги, які не передбачені програмою EI).

**Перевірка результату. Перевірка IFSP повинна проводитись щонайменше кожні шість місяців або й раніше. Ви можете подати запит на проведення перевірки IFSP у будь-який час.**

**Результат перевірки**

| ☐ Результат досягнуто | ☐ Прогрес є; продовжуйте працювати з поточним результатом, стратегією та послугами. | ☐ Продовжуйте досягати результату та передивіться стратегію та (або) послуги. | ☐ Передивіться результат, стратегію та послуги. | ☐ Більше не є пріоритетом батьків. |
|---|---|---|---|---|
| xx/xx/xxxx | xx/xx/xxxx | xx/xx/xxxx | xx/xx/xxxx | xx/xx/xxxx |
| Дата | Дата(и) | Дата(и) | Дата(и) | Дата(и) |

**Нові проблеми або події, які впливають на цей результат**

**Прогрес у досягненні цього результату**

Прізвище та ім'я дитини Натисніть сюди для вводу тексту.

Номер у системі раннього втручання (EIDS)
Натисніть сюди для вводу тексту.

**Послуги раннього втручання. Використовуючи всю наявну інформацію, група IFSP визначила наступні послуги EI для досягнення результатів.**

| Тип послуги EI | Методика | Місце | Частота | Тривалість сесії | Установа постачальника | Джерело фінансування | Запланована дата початку | Запланована дата завершення | Номер(и) результату |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Методика: безпосередньо (D); Спільно (J) • Особисто: (P); Технологія (T) Місце: удома (H); в спільноті (C); інше (O)

Для кожної послуги EI, яка буде надаватися не у звичному для дитини середовищі, наводиться пояснення, чому результат(и) не можна досягнути в звичному середовищі.

Зазначте кроки, які будуть робити координатор послуг і родина, у т. ч. заплановану дату, того щоб надати послуги в звичному для дитини середовищі.

Вкажіть будь-яку послугу EI, яка необхідна, але ще не скоординована.

Кроки, які робитиме координатор послуг, щоб скоординувати необхідні послуги EI.

Своєчасне отримання послуг до
Натисніть сюди для вводу тексту.

# Розділ 5. Згода на отримання послуг EI

Я повністю проінформований(а) та розумію усю інформацію про надання послуг раннього втручання, описаних в IFSP. У мене є брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання штату Огайо» та я розумію свої права на згоду. Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми EI, у мене є можливість урегулювання спору. Я отримав(ла) попереднє письмове повідомлення про запропоновані послуги раннього втручання та даю згоду на надання послуг раннього втручання, описаних у цьому IFSP.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Підпис батька/матері | Прізвище та ім'я батька/матері | Дата |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
| Підпис батька/матері | Прізвище та ім'я батька/матері | Дата |

Ми розуміємо, що результати відображають пріоритети та проблеми родини, а послуги EI сприяють досягненню цих результатів. Ми погоджуємося на виконання плану в такий спосіб, який надає родині можливість допомагати своїй дитині за будь-якої нагоди брати участь та вчитися у повсякденному житті.

| Підпис | Прізвище та ім'я, посада, установа | Спосіб участі | Дата |
|---|---|---|---|
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xxxxxxxxxxx | xx/xx/xxxx |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xxxxxxxxxxx | xx/xx/xxxx |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xxxxxxxxxxx | xx/xx/xxxx |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xxxxxxxxxxx | xx/xx/xxxx |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xxxxxxxxxxx | xx/xx/xxxx |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xxxxxxxxxxx | xx/xx/xxxx |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xxxxxxxxxxx | xx/xx/xxxx |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xxxxxxxxxxx | xx/xx/xxxx |

Спосіб участі: особисто (P); технологія (T); письмово (W)

# Форма EI-5

| xx/xx/xxxx | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Прізвище та ім'я дитини | Дата народження дитини |

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Ім'я та прізвище батьків | Номер у системі раннього втручання (EIDS) |

## Згода на використання страхування на послуги раннього втручання

### Використання приватного страхування

Мій координатор послуг пояснив(ла) правила «системи платежів» та розповів(ла) про будь-які потенційні витрати, які можуть мати місце при використанні мого приватного страхування для сплати за послуги раннього втручання, такі як додаткові платежі, франшизи, премії або довгострокові витрати (наприклад, втрата пільг через ліміти покриття річного або пожиттєвого медичного страхування) за умовами страхового договору. Я отримав(ла) письмове повідомлення про потенційні витрати та про свої права. Я розумію, що коли я даю згоду на використання мого приватного страхування, держава сплачуватиме додаткові платежі та франшизи за перші 55 модулів послуг раннього втручання протягом року IFSP, якщо мене признають платоспроможним(ою). Держава оплатить додаткові платежі та франшизу за всі модулі програми раннього втручання, якщо мене визнають неплатоспроможним(ою).

Я даю згоду використати моє приватне страхування на оплату послуг раннього втручання (EI) ☐ Так ☐ Ні ☐ У мене немає приватного страхування

| Номер основного страхового договору<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Дата початку<br>xx/xx/xxxx | Дата закінчення<br>xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Назва медичної страхової компанії<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Прізвище та ім'я застрахованої особи<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | |
| Номер вторинного страхового договору<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Дата початку<br>xx/xx/xxxx | Дата закінчення<br>xx/xx/xxxx |
| Назва медичної страхової компанії<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Прізвище та ім'я застрахованої особи<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | |

| Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|
| Підпис(и) батьків | Дата |

### Використання державного страхування

Мій координатор послуг пояснив(ла) мені систему оплати послуг раннього втручання. Я отримав(ла) письмове повідомлення про свої права та розумію, що потенційні витрати в разі використання моїх пільг за програмою Medicaid для сплати за послуги EI відсутні.

Я погоджуюсь надати персональну інформацію моєї дитини (інформацію, яка використовується для встановлення особи моєї дитини) постачальнику послуг раннього втручання за IFSP та державній установі, яка обслуговує за програмою Medicaid, з метою виставлення рахунків

☐ Так ☐ Ні ☐ У моєї дитини немає страховки Medicaid

Натисніть сюди для вводу тексту.
Отримувач Medicaid/номер для виставлення рахунку

| Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|
| Підпис(и) батьків | Дата |

# Форма EI-6

| xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx | **Заповнюється координатором послуг** |
|---|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Ім'я та прізвище дитини | Дата народження дитини | Дата отримання від іншого фахівця з EI, якщо застосовно xx/xx/xxxx |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | | xxxxxxxxxxxx | |
| Імена та прізвища батьків | | Номер у системі раннього втручання (EIDS) | |

## Згода на передачу записів та згода на передачу інформації та (або) обмін інформацією

Ви як батько/мати маєте право давати або не давати дозвіл на передачу записів за програмою раннього втручання (EI) іншим особам або установам, які не є частиною системи EI. Копія цієї форми буде передана установам або особам, якщо ви дасте дозвіл на передачу записів. Якщо ви не хочете, щоб ці установи або особи знали про ваші дозволи іншим установам, попросіть використовувати декілька форм для передачі записів. У вас як у батька/матері буде доступ до будь-яких записів за програмою EI стосовно вашої дитини. Записи за програмою EI означають усі записи стосовно вашої дитини, які були зібрані, отримані або використані згідно з федеральним законом, частина C Закону про освіту осіб з обмеженими можливостями.

### Згода на передачу записів

Я даю згоду на передачу наступних записів за програмою EI

☐ Індивідуальний план обслуговування родини (IFSP) ☐ Записи про прогрес

☐ Результати аналізу/оцінювання ☐ Інше (вкажіть) Натисніть сюди для вводу тексту.

Для наступних установ або осіб

Мета передачі записів

Згода дійсна:

☐ До досягнення дитиною трирічного віку Натисніть сюди для вводу тексту.

☐ Протягом одного року. Вкажіть кінцеву дату Натисніть сюди для вводу тексту.

☐ З xx/xx/xxxx до xx/xx/xxxx

Мій координатор послуг або постачальник послуг EI надав(ла) мені всю інформацію стосовно передачі записів та пояснив(ла) права батьків, у т. ч. щодо згоди. У мене є брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання штату Огайо» (Ohio Early Intervention, EI). Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми EI, у мене є можливість урегулювання спору. Я розумію та погоджуюсь на передачу записів стосовно моєї дитини.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Імена та прізвища батьків | Підпис(и) батьків | Дата |

**Згода на передачу інформації та (або) обмін інформацією**

Я даю згоду на передачу наступної інформації та (або) обмін наступною інформацією усно, письмово або в електронному вигляді

Між службою раннього втручання та наступними установами або особами

Мета передачі інформації або обміну інформацією

Згода дійсна:

☐ До досягнення дитиною трирічного віку Натисніть сюди для вводу тексту.

☐ Протягом одного року. Вкажіть кінцеву дату Натисніть сюди для вводу тексту.

☐ З xx/xx/xxxx до xx/xx/xxxx

---

Я повністю проінформований(а) про передачу інформації та (або) обмін інформацією про мою дитину, або про записи щодо раннього втручання стосовно моєї дитини. У мене є брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання штату Огайо» та я розумію свої права на згоду. Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми EI, у мене є можливість урегулювання спору.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Імена та прізвища батьків | Підпис(и) батьків | Дата |

# Форма EI-7

| xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Ім'я та прізвище дитини | Дата народження дитини |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | | xxxxxxxxxxxxx |
| Імена та прізвища батьків | | Номер у системі раннього втручання (EIDS) |

**Заповнюється координатором послуг**

xx/xx/xxxx (дата) копія цього повідомлення та згоди була надана батькам

☐ особисто ☐ поштою ☐ електронною поштою

## Згода на перехід

**Повідомлення шкільного округу та Департаменту освіти штату Огайо (Ohio Department of Education, ODE).** Службі раннього втручання (EI) штату Огайо потрібна ваша згода на передачу прізвища та імені вашої дитини та вашої контактної інформації шкільному округу штату Огайо, який відповідає за освіту вашої дитини, та Департаменту освіти. Ця інформація допомагає шкільним округам планувати програми дошкільної спеціальної освіти на наступний рік.

Мій координатор послуг надав(ла) мені всю інформацію стосовно передачі прізвища, імені та дати народження моєї дитини й моєї контактної інформації шкільному округу та Департаменту освіти, а також пояснив(ла) мені права батьків, у т. ч. щодо згоди. У мене є брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання штату Огайо» (Ohio Early Intervention, EI). Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми EI, у мене є можливість урегулювання спору.

☐ Я розумію та даю згоду на передачу прізвища, імені та дати народження моєї дитини й моєї контактної інформації шкільному округу та Департаменту освіти

☐ Я не даю згоду на передачу прізвища, імені та дати народження моєї дитини й моєї контактної інформації шкільному округу та Департаменту освіти.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Імена та прізвища батьків | Підпис(и) батьків | Дата |

**Зустріч щодо планування переходу.** Якщо ваша дитина може мати право на послуги дошкільної освіти згідно з частиною B Закону про освіту осіб з обмеженими можливостями (IDEA), службі раннього втручання штату Огайо (EI) потрібна ваша згода на призначення зустрічі щодо планування переходу з представником вашого шкільного округу, який пояснить процес визначення відповідності критеріям для отримання дошкільної освіти згідно з частиною B. Зустріч повинна відбутися щонайменше за 90 днів, але не раніше ніж за 9 місяців до досягнення дитиною віку 3 років.

Якщо буде визначено, що ваша дитина потенційно не відповідає критеріям для отримання дошкільних послуг згідно з частиною B закону IDEA, службі раннього втручання потрібна буде ваша згода на призначення зустрічі щодо планування переходу з іншими постачальниками соціальних послуг, яких обрали ви разом зі своєю групою.

Мій координатор послуг надав(ла) мені всю інформацію стосовно зустрічі щодо планування переходу та пояснив(ла) права батьків, у т. ч. щодо згоди. У мене є брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання штату Огайо» (Ohio Early Intervention, EI). Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми EI, у мене є можливість урегулювання спору.

☐ Я розумію та даю згоду на призначення зустрічі щодо планування переходу

☐ Я не даю згоду на призначення зустрічі щодо планування переходу.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Імена та прізвища батьків | Підпис(и) батьків | Дата |

# Форма EI-8

| xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Ім'я та прізвище дитини | Дата народження дитини |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | | xxxxxxxxxxxx |
| Імена та прізвища батьків | | Номер у системі раннього втручання (EIDS) |

**Заповнюється координатором послуг**

xx/xx/xxxx (дата) копія цього повідомлення та згоди була надана батькам

☐ особисто ☐ поштою ☐ електронною поштою

## Згода на скерування дитини до місцевих навчальних закладів освіти та Департаменту освіти штату Огайо (Ohio Department of Education, ODE)

Служба раннього втручання штату Огайо нещодавно отримала скерування для вашої дитини. Оскільки програма раннього втручання призначена для дітей зі затримкою розвитку та обмеженими можливостями віком від народження до трьох років, а вашій дитині вже майже три роки, тому розглядати відповідність вашої дитини критеріям програми раннього втручання недоцільно. Проте якщо ви підозрюєте у вашої дитини затримку розвитку або обмежені можливості, ваша дитина може мати право на послуги спеціальної дошкільної освіти згідно з частиною B Закону про освіту осіб з обмеженими можливостями.

Ви можете самостійно звернутися до вашого шкільного округу за скеруванням.

Якщо ви бажаєте, щоб за скеруванням до вашого шкільного округу звернулася служба раннього втручання, нам необхідна ваша згода. За вашою згодою ми надамо вашу контактну інформацію та прізвище, ім'я та дату народження дитини вашому шкільному округу, який відповідає за освіту вашої дитини, та Департаменту освіти.

Я повністю проінформований(а) та розумію, що моя контактна інформація, прізвище та ім'я моєї дитини будуть передані місцевому шкільному округу та Департаменту освіти. Я отримав(ла) брошуру «Права батьків щодо програми раннього втручання штату Огайо» разом з цією формою. Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми EI, у мене є можливість урегулювання спору. Я погоджуюсь, щоб служба раннього втручання передала прізвище, ім'я та дату народження дитини й мою контактну інформацію шкільному округу та Департаменту освіти.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Імена та прізвища батьків | Підпис(и) батьків | Дата |

# Форма EI-9

| xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Ім'я та прізвище дитини | Дата народження дитини |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | | xxxxxxxxxxxx |
| Імена та прізвища батьків | | Номер у системі раннього втручання (EIDS) |

**Заповнюється координатором послуг**

xx/xx/xxxx (дата) копія цього повідомлення та згоди була надана батькам

☐ особисто ☐ поштою ☐ електронною поштою

# Попереднє письмове повідомлення про визначення невідповідності критеріям

## Підсумок аналізу

Аналіз вашої дитини було проведено за всіма основними напрямками розвитку з використанням більш ніж однієї методики і з більш ніж однієї дисципліни. На основі балів та клінічного висновку група з проведення аналізу визначила, що у вашої дитини немає затримки розвитку. Ваша дитина демонструє навички та поведінку, притаманні дітям її віку, та не відповідає критеріям програми раннього втручання. Нижче наведено висновок групи про поточний рівень функціонування вашої дитини в усіх основних напрямках розвитку. Фахівці групи пояснюють, що дізналися про розвиток вашої дитини за допомогою персонального спостереження за нею, тестування (у т. ч. вказано застосовані тести), вивчення історії вашої дитини та іншої наданої вами інформації.

I. **Застосування інструментів.** У цьому розділі група з проведення аналізу документує, який інструмент було використано, дату(и) застосування та результати за усіма основними напрямками розвитку (адаптивний, фізичний [велика та дрібна моторика, зір, слух], комунікативний, соціально-емоційний та когнітивний). Місце тестування та примітки щодо адаптації інструмента або середовища (адаптивне обладнання, перекладач, мова жестів) додаються.

II. **Огляд історії вашої дитини.** Це підсумок того, що група з проведення аналізу дізналася у результаті розмови з батьками, вивчення записів про здоров'я (наприклад, з медичного огляду, перевірки зору, слуху, харчування, генетичних факторів та обстежень у спеціалізованих клініках) та записів про навчання (наприклад, з програми Early Head Start та від закладів догляду за дітьми).

III. **Персональне спостереження за вашою дитиною.** Це підсумок того, що група з проведення аналізу дізналася у результаті спостереження за вашою дитиною під час проведення аналізу. Це охоплює тип активності, в якій брала участь ваша дитина, з ким вона взаємодіяла, а також реакцію вашої дитини на нові та знайомі ситуації та людей, у т. ч. на групу з проведення аналізу.

IV. **Інформація з інших джерел, необхідна для розуміння індивідуального розвитку вашої дитини.** Сюди можна додати будь-яку іншу інформацію, яку ви надали, але яка не була ніде задокументована.

## Члени групи з багатопрофільного оцінювання та аналізу

| Прізвище та ім'я друкованими літерами | Дисципліна | Контактна інформація |
|---|---|---|
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |

Ідеї та пропозиції щодо сприяння розвитку вашої дитини

Засоби підтримки та ресурси спільноти, які можуть вас зацікавити

Ви, як батьки, маєте можливість урегулювання спорів. Брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання (EI)» додається. Якщо у вас є будь-які питання стосовно результатів, зверніться до вашого координатора послуг EI. Ви також можете звернутися до координатора послуг, якщо у вас з'являться нові занепокоєння щодо розвитку вашої дитини до досягнення нею трирічного віку.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Прізвище та ім'я координатора послуг | Контактна інформація координатора послуг |

# Форма EI-10

| xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Ім'я та прізвище дитини | Дата народження дитини |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | | xxxxxxxxxxxx |
| Імена та прізвища батьків | | Номер у системі раннього втручання (EIDS) |

**Заповнюється координатором послуг**

xx/xx/xxxx (дата) копія цього повідомлення та згоди була надана батькам

☐ особисто ☐ поштою ☐ електронною поштою

## Попереднє письмове повідомлення про вихід з програми

Служба раннього втручання (EI) штату Огайо пропонує завершити послуги раннього втручання для вас та вашої дитини. Служба EI штату Огайо зберігатиме копію історії розвитку вашої дитини до досягнення нею дев'ятирічного віку. У вас є право на перегляд або запит історії розвитку вашої дитини. Служба раннього втручання штату Огайо пропонує вашій дитині вийти з програми раннього втручання не раніше ніж через 10 днів з дати цього повідомлення з наступних причин:

☐ Скринінг вашої дитини не виявив жодних підозр щодо затримки розвитку або обмежених можливостей. Ви можете подати запит на проведення аналізу в будь-який час, звернувшись до свого координатора послуг EI.

☐ Ви не дали згоду на проведення аналізу та оцінювання вашої дитини.

☐ Ваша дитина не відповідає вимогам для отримання послуг EI.

☐ Не було проведено обов'язкове повторне визначення відповідності.

☐ Не було проведено обов'язкове щорічне оцінювання дитини.

☐ Ви вирішили, що на даний момент вашій родині не потрібен індивідуальний план обслуговування родини (IFSP).

☐ Результати за планом IFSP для вашої дитини досягнуто, та група IFSP вашої дитини вирішила, що додаткові результати IFSP не потрібні.

☐ Ви завершили участь у програмі EI.

☐ Нам не вдалося зв'язатися з вами. Зверніться до свого координатора послуг EI впродовж десяти календарних днів з дати отримання цього повідомлення.

☐ Ваша дитина виїхала зі штату Огайо.

☐ Вашу дитину було переведено на програму індивідуального навчання (IEP) згідно з частиною B Закону до того, як їй виповнилося три роки.

Коментарі:

Ви, як батьки, маєте можливість урегулювання спорів. Брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання» додається. Якщо ви вважаєте, що причина виходу вашої дитини з програми незрозуміла або неточна, зв'яжіться зі мною.

| Прізвище та ім'я координатора послуг EI | Контактна інформація координатора послуг EI |
|---|---|

***Ви можете повторно звернутися до нас у будь-який час до досягнення вашою дитиною трирічного віку, зателефонувавши до приймального центру за номером 1-800-755-4769 або відвідавши веб-сайт www.ohioearlyintervention.org.***

Ohio Department of Developmental Disabilities
An Equal Opportunity Employer and Provider of Services
Липень 2019 р.

OHIO Early Intervention

# Форма EI-11

| xx/xx/xxxx | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Прізвище та ім'я дитини | Дата народження дитини |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | | xxxxxxxxxxxxxx |
| Ім'я та прізвище батьків | | Номер у системі раннього втручання (EIDS) |

## Попереднє письмове повідомлення про запропоновані зміни до послуг

Коли постачальник послуг раннього втручання (EI) штату Огайо рекомендує або пропонує розпочати або змінити послуги EI, які надаватимуться вашій родині та дитині, ми повинні попередити вас у письмовій формі щонайменше за десять календарних днів до початку або зміни цих послуг EI.

Служба раннього втручання штату Огайо пропонує ☐ розпочати ☐ змінити одну або більше послуг EI для вашої дитини та родини.

Інформація про запропоновані зміни

Причина запропонованих змін

Запропонована дата зміни (не раніше ніж через 10 днів від сьогоднішньої дати) Натисніть сюди для вводу тексту.

Якщо у вас є будь-які питання стосовно цієї дії, зверніться до мене якомога раніше.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Прізвище та ім'я постачальника послуг EI | Контактна інформація постачальника послуг EI |

Ви, як батьки, маєте можливість урегулювання спорів. Брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання штату Огайо» додається. Якщо у вас є будь-які питання, зверніться до вашого координатора послуг EI:

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Прізвище та ім'я постачальника послуг EI | Контактна інформація постачальника послуг EI |

**Відмова від попереднього повідомлення (не обов'язково)**
Я розумію та погоджуюсь на відмову від свого права отримувати письмове повідомлення за 10 календарних днів до запропонованої діяльності.

| xxxxxxxxxxxxxxxxxxx | xx/xx/xxxx |
|---|---|
| Ініціали батьків | Дата |

xx/xx/xxxx (дата) Натисніть сюди для вводу тексту. (ім'я/посада службовця) надав(ла) копію цього повідомлення та згоди батькам
☐ особисто ☐ поштою ☐ електронною поштою

*Якщо цю форму заповнює не координатор послуг EI, постачальник послуг EI має надіслати копію координатору послуг EI впродовж п'яти календарних днів з моменту надання повідомлення*

# Форма EI-12

## Документація діагностованого стану

Шановний медичний працівнику! Відповідно до державних та федеральних вимог відповідності критеріям згідно з частиною C Закону про освіту осіб з обмеженими можливостями (IDEA), більшість медичних діагнозів не означають, що дитина автоматично відповідає критеріям програми раннього втручання (EI). Проте спеціаліст, який має ліцензію на діагностування та лікування ментальних чи фізичних захворювань, може визначити, що діагностований стан конкретної дитини вірогідно призведе до затримки розвитку. Відповідність критеріям програми EI для цієї дитини можна визначити на один рік. У такому випадку група EI проведе повну оцінку з метою визначення потреб дитини в межах цієї програми. **Для того щоб визначити відповідність критеріям програми EI за допомогою цієї форми, необхідно заповнити в ній усі поля.**

| Прізвище та ім'я дитини<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Дата народження дитини<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Ім'я та прізвище батьків<br>Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|---|

| Вкажіть конкретний діагноз дитини в цьому полі. **Не** вказуйте «глобальна затримка», «затримка розвитку» або проблеми з розвитком, такі як «проблеми мовлення». | |
|---|---|

**Виберіть один варіант нижче**

☐ Я вважаю, що медичний стан цієї дитини може призвести до затримки розвитку як мінімум в одному з наступних напрямків розвитку (позначте все, що підходить)

- ☐ Комунікативний
- ☐ Моторний
- ☐ Зір
- ☐ Слух
- ☐ Соціальний/емоційний
- ☐ Адаптивний/самообслуговування/ самостійність
- ☐ Когнітивний/вирішення проблем
- ☐ Інше (вкажіть) Натисніть сюди для вводу тексту.

☐ Я **не** маю причин вважати, що медичний стан цієї дитини може призвести до затримки розвитку. Проте я розумію, що у батьків та дитини є право на аналіз розвитку, щоб визначити відповідність критеріям програми.

**Фахівець, який має ліцензію на діагностування та лікування ментальних чи фізичних захворювань**

| Натисніть сюди для вводу тексту.<br>Прізвище та ім'я | Натисніть сюди для вводу тексту.<br>Тип ліцензії | Натисніть сюди для вводу тексту.<br>Телефон |
|---|---|---|
| Натисніть сюди для вводу тексту.<br>Підпис | Натисніть сюди для вводу тексту.<br>Електронна пошта | Натисніть сюди для вводу тексту.<br>Дата |

**Поверніть цю форму вашому координатору послуг раннього втручання**

| Натисніть сюди для вводу тексту.<br>Прізвище та ім'я координатора послуг | Натисніть сюди для вводу тексту.<br>Номер факсу | Натисніть сюди для вводу тексту.<br>Електронна пошта |
|---|---|---|

**Заповнюється координатором послуг**

Дата отримання форми Натисніть сюди для вводу тексту. Номер у системі раннього втручання (EIDS) Натисніть сюди для вводу тексту.

# Форма EI-13

| xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Ім'я та прізвище дитини | Дата народження дитини |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | | xxxxxxxxxxxx |
| Імена та прізвища батьків | | Номер у системі раннього втручання (EIDS) |

**Заповнюється координатором послуг**

xx/xx/xxxx (дата) копія цього повідомлення та згоди була надана батькам

☐ особисто ☐ поштою ☐ електронною поштою

Повідомлення іншим були надіслані xx/xx/xxxx (дата).

## Повідомлення про зустріч щодо індивідуального плану обслуговування родини (IFSP)

Час зустрітися, щоб:

☐ розробити тимчасовий план IFSP, поки ми не проведемо оцінку та не призначимо «початковий» IFSP;

☐ перевірити інформацію про відповідність і оцінювання та розробити перший («початковий») IFSP;

☐ провести періодичний перегляд IFSP, щоб визначити ступінь прогресу в досягненні результатів, зазначених в IFSP, а також визначити, чи потрібні зміни або перегляд результатів або послуг раннього втручання, вказаних в IFSP;

☐ перевірити інформацію про відповідність і оцінювання та розробити річний IFSP;

☐ ця зустріч щодо IFSP включатиме обговорення планування переходу.

Ми домовилися запланувати зустріч щодо IFSP на

| xx/xx/xxxx | xx:xx | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|---|
| Дата | Час | Місце |

Ви попросили, щоб на зустрічі щодо IFSP були присутні наступні особи. Їм буде надіслано копію цього повідомлення.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Прізвище та ім'я, посада або родинний зв'язок | Прізвище та ім'я, посада або родинний зв'язок |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
| Прізвище та ім'я, посада або родинний зв'язок | Прізвище та ім'я, посада або родинний зв'язок |

Крім того, на зустріч щодо IFSP були запрошені наступні постачальники послуг раннього втручання. Їм буде надіслано копію цього повідомлення.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Прізвище та ім'я, посада або установа | Прізвище та ім'я, посада або установа |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
| Прізвище та ім'я, посада або установа | Прізвище та ім'я, посада або установа |

Якщо у вас є будь-які питання або ви хочете щось змінити стосовно цієї зустрічі, зверніться до мене, вашого координатора послуг EI:

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Прізвище та ім'я координатора послуг | Контактна інформація координатора послуг |

# Форма EI-14

## Подальші дії після видачі скерування спеціалістом

**Заповнюється координатором послуг:** дата отримання скерування координатором послуг EI у місцевій установі Натисніть сюди для вводу тексту.

Виключно за згодою батьків копія цієї форми буде надана спеціалісту, який скерував дитину на послуги раннього втручання (EI).

| xx/xx/xxxx | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Прізвище та ім'я скерованої дитини | Дата народження дитини |

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|---|
| Прізвище та ім'я спеціаліста, який скерував дитину | Назва установи | Контактна інформація спеціаліста або установи |

Мій координатор послуг надав(ла) мені всю інформацію стосовно статусу скерування моєї дитини на послуги раннього втручання (EI), а також пояснив(ла) права батьків, у т. ч. щодо згоди. У мене є брошура «Права батьків щодо програми раннього втручання штату Огайо» (Ohio Early Intervention, EI). Я розумію, що в разі виникнення претензій щодо програми EI, у мене є можливість урегулювання спору. Я розумію та даю згоду на передачу інформації про статус скерування моєї дитини спеціалістові, який видав скерування.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|---|
| Ім'я та прізвище батьків | Підпис(и) батьків | Дата |

☐ Батьки не дали згоду на передачу інформації про статус скерування дитини. Для отримання додаткової інформації зв'яжіться з родиною.

☐ Неодноразові спроби зв'язатися з батьками були невдалими. Повідомте нас, якщо у вас є оновлена контактна інформація батьків.

**Результат розмови з батьками наступний:**

☐ батьки відмовилися від послуг раннього втручання

☐ триває процесс визначення відповідності критеріям програми

☐ дитина відповідає критеріям програми раннього втручання штату Огайо

☐ дитина не відповідає критеріям програми раннього втручання штату Огайо

☐ група раннього втручання разом з батьками визначила, що на даний момент послуги раннього втручання не потрібні

***Служба раннього втручання цінує ваше звернення! Ви можете повторно звернутися до нас у будь-який час, зателефонувавши до приймального центру за номером 1-800-755-4769 або відвідавши веб-сайт www.ohioearlyintervention.org.***

# Форма EI-15

| xx/xx/xxxx | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Прізвище та ім'я дитини | Дата народження дитини |

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Ім'я та прізвище батьків | Номер у системі раннього втручання (EIDS) |

## Визначення спроможності батьків оплатити послуги раннього втручання

### Документ (потрібен тільки один)

☐ (A) Картка Medicaid штату Огайо ☐ (B) Картка WIC штату Огайо ☐ (C) Довідка про доходи батька/матері

Дохід батька/матері ☐ тижневий (52) ☐ двотижневий (26) ☐ місячний (12) ☐ два рази на місяць (24) кількість членів родини: xx

Дата(и) квитанції про нарахування заробітної плати Натисніть сюди для вводу тексту.

Сума брутто Натисніть сюди для вводу тексту.

Дохід батька/матері ☐ тижневий (52) ☐ двотижневий (26) ☐ місячний (12) ☐ два рази на місяць (24) кількість членів родини: xx

Дата(и) квитанції про нарахування заробітної плати Натисніть сюди для вводу тексту.

Загальний річний дохід Натисніть сюди для вводу тексту.

Сімейний дохід, менший або дорівнює сумі, що відповідає критеріям відповідності програмі Healthy Start для незастрахованих дітей? (206 % федерального прожиткового мінімуму (Federal Poverty Level, FPL)) https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments ☐ Так ☐ Ні

**Ініціали батька/матері** Я обираю не надавати свою фінансову інформацію та розумію, що відповідно до адміністративного кодексу штату Огайо (OAC) 5123:10-03 (D) я буду відповідати за оплату послуг раннього втручання, окрім перших 55 модулів, котрі фінансуються державою.

Я ознайомився(лася) з наданими батьками документами згідно з OAC 5123:2-10-03 (D) та встановив(ла), що батьки ☐ не можуть ☐ можуть оплатити послуги раннього втручання.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Прізвище та ім'я координатора послуг EI | Дата |

Натисніть сюди для вводу тексту.

Підпис координатора послуг EI

Я ознайомився(лася) з інформацією у цій формі, та мій координатор послуг пояснив(ла) мені спосіб визначення моєї спроможності оплатити послуги EI.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Підпис батька/матері | Дата |

# Форма EI-16

| xxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxxxx | **Заповнюється координатором послуг** |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Ім'я та прізвище дитини | xx/xx/xxxx (дата/не пізніше 30 днів з моменту підписання IFSP) цю форму надано у Департамент з питань порушень розвитку (Department of Developmental Disabilities, DODD) разом з формами ☐ EI-04 ☐ EI-05 ☐ EI-15 |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx | |
| Номер у системі раннього втручання (EIDS) | Дата народження дитини | |

## Оплата за послуги раннього втручання

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Прізвище та ім'я батька/матері<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | | Прізвище та ім'я батька/матері<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | |
| Адреса<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | | Адреса<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | |
| Місто<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Штат<br>xxxxxx | Поштовий індекс<br>xxxxxxxxx | Місто<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Штат<br>xxxxxx | Поштовий індекс<br>xxxxxxxxx |
| Номер соціального страхування<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | | Номер соціального страхування<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | |
| Домашній телефон<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Робочий телефон<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | Домашній телефон<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Робочий телефон<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | |
| Електронна пошта<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | | Електронна пошта<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | |
| Адреса дитини<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | | Округ<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | | |
| Місто<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Штат<br>xxxxxx | Поштовий індекс<br>xxxxxxxxx | Стать<br>☐ Чоловіча ☐ Жіноча | | |

**Послуги раннього втручання, рекомендовані IFSP** (додайте сторінки, якщо потрібно)

| Категорія послуги | Найменування та адреса постачальника послуг | Частота | Джерело оплати |
|---|---|---|---|
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Підпис координатора послуг<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Дата<br>xx/xx/xxxx | Електронна пошта координатора послуг<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | |
| Прізвище та ім'я координатора послуг<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Назва установи<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Номер телефону<br>xxxxxxxxxxx | |
| Адреса<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Місто<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Штат<br>xxxxxx | Поштовий індекс<br>xxxxxxxxx |

Цим я уповноважую вищезазначеного координатора послуг подати цю заяву до Department of Developmental Disabilities штату Огайо для оплати послуг для дитини, вказаної в цій заяві.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Імена та прізвища батьків | Підпис(и) батьків | Дата |

**Заповнюється працівником DODD**

| Затверджено | Перші 55 модулів | Запит на додаткові послуги | Покриття непередбачених медичних витрат | Дата набрання чинності | Дата завершення терміну дії |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ Так ☐ Ні | ☐ Так ☐ Ні | ☐ Так ☐ Ні | ☐ Так ☐ Ні | xx/xx/xxxx | xx/xx/xxxx |

| | |
|---|---|
| Персонал DODD<br>Натисніть сюди для вводу тексту. | Дата<br>xx/xx/xxxx |

# Форма EI-17

| xx/xx/xxxx | Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx |
|---|---|---|
| Сьогоднішня дата | Прізвище та ім'я дитини | Дата народження дитини |

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Ім'я та прізвище батьків | Номер у системі раннього втручання (EIDS) |

## Бланк для непередбачених медичних витрат

Дохід батька/матері ☐ тижневий (52) ☐ двотижневий (26) ☐ місячний (12) ☐ два рази на місяць (24) кількість членів родини: xx

Дата(и) квитанції про нарахування заробітної плати Натисніть сюди для вводу тексту.

Сума брутто Натисніть сюди для вводу тексту.

Дохід батька/матері ☐ тижневий (52) ☐ двотижневий (26) ☐ місячний (12) ☐ два рази на місяць (24) кількість членів родини: xx

Дата(и) квитанції про нарахування заробітної плати Натисніть сюди для вводу тексту.

Сума брутто Натисніть сюди для вводу тексту.

Загальний річний дохід Натисніть сюди для вводу тексту.

*Розрахунки сімейного доходу на рівні 210-401 % або більше від федерального прожиткового мінімуму (FPL) можна знайти на https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments.*

| Натисніть сюди для вводу тексту. | x | = | | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|---|---|---|
| Річний дохід | | | Непередбачені медичні витрати | Медичні витрати за власний кошт |

Я розрахував(ла) прогнозовані медичні витрати за власний кошт на основі чинного федерального прожиткового мінімуму, визначеного Департаментом охорони здоров'я та соціального забезпечення США (Department of Health and Human Services) та опублікованого у Федеральному Реєстрі, й надав(ла) цю інформацію батькам. Департамент з питань порушень розвитку (DODD) використовуватиме цю інформацію, щоб остаточно встановити непередбачені медичні витрати родини.

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Прізвище та ім'я координатора послуг EI | Дата |

Натисніть сюди для вводу тексту.

Підпис координатора послуг EI

# Форма EI-18

## Бланк відстеження непередбачених медичних витрат родини

| Натисніть сюди для вводу тексту. | xx/xx/xxxx | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|---|
| Прізвище та ім'я дитини | Дата народження дитини | Річний сімейний дохід |

| Натисніть сюди для вводу тексту. | Натисніть сюди для вводу тексту. |
|---|---|
| Рік IFSP | Медичні витрати за власний кошт з форми EI-17 |

**Для передачі координатором послуг EI у Департамент з питань порушень розвитку (DODD):** ☐ Так ☐ Ні

Форми послуг раннього втручання EI-15, EI-16, EI-17 додаються з IFSP?

| **Номер квитанції про оплату** | **Дата платежу** | **Платіж за** | **Сума медичних витрат** | **Сума, сплачена вами** (додайте квитанції про оплату на суми понад 100 доларів США) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Натисніть сюди для вводу тексту.

Прізвище та ім'я дитини

| **Номер квитанції про оплату** | **Дата платежу** | **Платіж за** | **Сума медичних витрат** | **Сума, сплачена вами** (додайте квитанції про оплату на суми понад 100 доларів США) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Тільки для використання у програмі**

Медичні витрати за власний кошт покриті? ☐ Так ☐ Ні

Натисніть сюди для вводу тексту.

Ініціали уповноваженої особи з Департаменту