

Mẫu EI-1

XXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX
Ngày hôm nay Tên trẻ

XXXXXXXXXXXXX
Ngày sinh của trẻ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Tên phụ huynh

XXXXXXXXXXXXX
Số EIDS

Chỉ dành cho điều phối viên dịch vụ

Vào ngày xx/xx/xxxx, một bản sao của thông báo này và bản chấp thuận đã được gửi cho (các) phụ huynh

Trực tiếp Qua thư Qua e-mail

Thông báo trước và chấp thuận bằng văn bản cho quá trình sàng lọc tình trạng phát triển

Quá trình sàng lọc tình trạng phát triển được sử dụng để xác định xem liệu con của quý vị có bị nghi mắc chứng chậm phát triển hay không. Quá trình sàng lọc bao gồm thu thập thông tin từ quý vị, phụ huynh của trẻ, và (những) người khác do quý vị lựa chọn, quan sát trẻ, và sử dụng một công cụ sàng lọc có thể bao quát toàn bộ các khía cạnh của sự phát triển. Quý vị có thể yêu cầu đánh giá phát triển tại mọi thời điểm bất kể kết quả sàng lọc như thế nào. Thông báo bằng văn bản phải được gửi đến quý vị muộn nhất 10 ngày theo lịch trước khi sàng lọc.

Điều phối viên dịch vụ của tôi đã thông báo cho tôi mọi thông tin liên quan đến quá trình sàng lọc tình trạng phát triển và giải thích các quyền của tôi với tư cách là phụ huynh, bao gồm cả quyền khi chấp thuận tham gia. Tôi đã có bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ Can thiệp sớm (EI) của bang Ohio. Tôi hiểu rằng tôi có các lựa chọn giải quyết tranh chấp nếu có khiếu nại về dịch vụ EI. Tôi hiểu và chấp thuận tiến hành sàng lọc tình trạng phát triển cho con tôi.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Tên phụ huynh

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Chữ ký của phụ huynh

xx/xx/xxxx
Ngày

Từ bỏ quyền nhận thông báo (không bắt buộc)

Tôi hiểu và đồng ý từ bỏ quyền được nhận thông báo bằng văn bản 10 ngày theo lịch trước khi hoạt động đề xuất này diễn ra.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX xx/xx/xxxx
Tên họ viết tắt của phụ huynh Ngày



Department of
Developmental Disabilities

Nhà tuyển dụng và nhà cung cấp dịch vụ trao cơ hội bình đẳng
Tháng 7/ 2019



Mẫu EI-2

XXXXXXXXXXXX

Ngày hôm nay

XXXXXXXXXXXX

Tên trẻ

XXXXXXXXXXXX

Ngày sinh của trẻ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên phụ huynh

XXXXXXXXXXXX

Số EIDS

Chỉ dành cho điều phối viên dịch vụ

Vào ngày xx/xx/xxxx, một bản sao của thông báo này và bản chấp thuận đã được gửi cho (các) phụ huynh

Trực tiếp

Qua thư

Qua e-mail

Thông báo trước và chấp thuận bằng văn bản cho quá trình đánh giá và thẩm định mức độ phát triển

Tư cách hội đủ điều kiện nhận dịch vụ Can thiệp sớm (EI) có thể được xác định thông qua đánh giá. Việc đánh giá mức độ phát triển sẽ do nhóm EI — một hoặc nhiều chuyên gia — tiến hành để xác định xem con quý vị có đáp ứng điều kiện hay không. Việc đánh giá, thường được tiến hành cùng lúc, để nắm rõ mức độ tham gia của con quý vị trong các hoạt động và thói quen hằng ngày của gia đình. Quy trình đánh giá và thẩm định diễn ra như sau:

- Đánh giá hồ sơ liên quan, bao gồm hồ sơ bệnh án mà quý vị đồng ý tiết lộ;
- Quan sát con của quý vị;
- Thông tin đóng góp của quý vị về sự phát triển của trẻ; và
- Sử dụng các công cụ thẩm định và đánh giá giúp cung cấp thông tin về sự phát triển của con quý vị trong giao tiếp, thích ứng/tự chăm sóc bản thân, cảm xúc xã hội, nhận thức/tư duy/giải quyết vấn đề, vận động/di chuyển, thị giác và thính giác.

Thông tin này, cùng với thông tin quý vị cung cấp về các nguồn lực, ưu tiên và mối quan ngại của gia đình quý vị, tạo tiền đề cho việc xây dựng Kế hoạch dịch vụ gia đình cá nhân và xác định những dịch vụ EI cần thiết để hỗ trợ quý vị và con của quý vị. Thông báo bằng văn bản phải được gửi cho quý vị muộn nhất 10 ngày theo lịch trước khi thẩm định và đánh giá.

Chúng tôi đề xuất (đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp):

- Xác định tư cách hội đủ điều kiện nhận dịch vụ EI của con quý vị bằng cách tiến hành đánh giá mức độ phát triển
- Xác định điểm mạnh và nhu cầu của con quý vị thông qua thẩm định mức độ phát triển

Điều phối viên dịch vụ của tôi đã thông báo cho tôi mọi thông tin liên quan đến quá trình đánh giá và/hoặc thẩm định và giải thích các quyền của tôi với tư cách là phụ huynh, bao gồm cả quyền khi chấp thuận tham gia. Tôi đã có bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ Can thiệp sớm của bang Ohio. Tôi hiểu rằng tôi có các lựa chọn giải quyết tranh chấp nếu có khiếu nại về dịch vụ EI.

Tôi chấp thuận đánh giá thẩm định con tôi (chọn một hoặc cả hai tùy chọn, nếu phù hợp).

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên phụ huynh

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Chữ ký của phụ huynh

xx/xx/xxxx

Ngày

Từ bỏ quyền nhận thông báo (không bắt buộc)

Tôi hiểu và đồng ý từ bỏ quyền được nhận thông báo bằng văn bản 10 ngày theo lịch trước khi hoạt động đề xuất này diễn ra.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Tên họ viết tắt của phụ
huynh

xx/xx/xxxx

Ngày



Mẫu EI-3

XXXXXXXXXXXX

Ngày hôm nay

XXXXXXXXXXXX

Tên trẻ

XXXXXXXXXXXX

Ngày sinh của trẻ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên phụ huynh

XXXXXXXXXXXX

Số EIDS

Chỉ dành cho điều phối viên dịch vụ

Vào ngày xx/xx/xxxx, một bản sao của thông báo này và bản chấp thuận đã được gửi cho (các) phụ huynh

Trực tiếp Qua thư Qua e-mail

Ngày cung cấp FDA xx/xx/xxxx

Thông báo trước và chấp thuận bằng văn bản đối với quá trình Đánh giá về gia đình

Dịch vụ Can thiệp sớm (EI) được xây dựng dựa trên và cung cấp sự hỗ trợ và nguồn lực để trợ giúp các thành viên trong gia đình và người chăm sóc nhằm tăng cường sự phát triển và tham gia của trẻ vào các hoạt động hằng ngày. Là cha mẹ, quý vị hiểu con mình hơn ai hết. Quý vị biết những tình huống hằng ngày mang lại niềm vui hoặc tạo ra thử thách riêng cho quý vị cùng gia đình.

Đánh giá về gia đình là cơ hội để quý vị cho nhóm EI biết chi tiết hơn về những mối quan ngại và ưu tiên của quý vị để giúp con quý vị tham gia thành công vào mọi hoạt động hằng ngày của quý vị và các nguồn lực tiềm năng để hỗ trợ quý vị. Đánh giá về gia đình hoàn toàn tự nguyện và chỉ được thực hiện với những thành viên muốn tham gia.

Quý vị có quyền chia sẻ nhiều hay ít về gia đình mình tùy thích. Thông báo bằng văn bản phải được gửi cho quý vị muộn nhất 10 ngày theo lịch trước khi bắt đầu đánh giá về gia đình.

Điều phối viên dịch vụ của tôi đã thông báo cho tôi mọi thông tin liên quan đến quá trình đánh giá về gia đình và giải thích các quyền của tôi với tư cách là phụ huynh, bao gồm cả quyền khi chấp thuận tham gia. Tôi đã có bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ Can thiệp sớm (EI) của bang Ohio. Tôi hiểu rằng tôi có các lựa chọn giải quyết tranh chấp nếu có khiếu nại về dịch vụ EI:

- Xác định tư cách hội đủ điều kiện nhận dịch vụ EI của con quý vị bằng cách tiến hành đánh giá mức độ phát triển
- Xác định điểm mạnh và nhu cầu của con quý vị thông qua thẩm định mức độ phát triển

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên phụ huynh

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Chữ ký của phụ huynh

xx/xx/xxxx

Ngày

Từ bỏ quyền nhận thông báo (không bắt buộc)

Tôi hiểu và đồng ý từ bỏ quyền được nhận thông báo bằng văn bản 10 ngày theo lịch trước khi hoạt động đề xuất này diễn ra.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Tên họ viết tắt của phụ
huynh

xx/xx/xxxx

Ngày



Department of
Developmental Disabilities

Nhà tuyển dụng và nhà cung cấp dịch vụ trao cơ hội bình đẳng
Tháng 7/ 2019



Loại và ngày thực hiện IFSP	<input type="checkbox"/> Ban đầu	<input type="checkbox"/> Định kỳ	<input type="checkbox"/> Thường niên	Số EIDS Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
	<input type="checkbox"/> Định kỳ	<input type="checkbox"/> Định kỳ		

Phần 1: Thông tin về trẻ và gia đình

Tên của trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Họ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Biệt danh Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Ngày sinh xx/xx/xxxx
Ngôn ngữ trò chuyện với trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Cần thông dịch viên? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chủng tộc và sắc tộc của trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Học khu của phụ huynh Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Tên phụ huynh Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Địa chỉ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		Trẻ sống cùng? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Mọi quan hệ với trẻ nếu không phải cha mẹ ruột hoặc cha mẹ nuôi Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		Điện thoại; Di động (C); Nhà riêng (H); Cơ quan (W) Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	
Địa chỉ e-mail Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Phương thức liên lạc mong muốn <input type="checkbox"/> Gọi điện thoại <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Nhắn tin		Thời điểm liên lạc mong muốn Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Tên phụ huynh Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Địa chỉ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		Trẻ sống cùng? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Mọi quan hệ với trẻ nếu không phải cha mẹ ruột hoặc cha mẹ nuôi Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		Điện thoại; Di động (C); Nhà riêng (H); Cơ quan (W) Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	
Địa chỉ e-mail Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Phương thức liên lạc mong muốn <input type="checkbox"/> Gọi điện thoại <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Nhắn tin		Thời điểm liên lạc mong muốn Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Phần 2: Thông tin về điều phối viên dịch vụ

Điều phối viên dịch vụ Can thiệp sớm (EI) đóng vai trò là người duy nhất liên lạc với quý vị để thực hiện các hoạt động sau trong thời gian quý vị tham gia dịch vụ EI. Các hoạt động đó bao gồm

- Giải thích và đảm bảo quyền lợi của quý vị khi tham gia dịch vụ EI,
- Điều phối công tác liên quan đến tư cách hội đủ điều kiện ban đầu và hiện tại của con quý vị,
- Điều phối các cuộc họp về Kế hoạch dịch vụ gia đình cá nhân (IFSP) theo các mốc thời gian bắt buộc, bao gồm cả các cuộc họp do quý vị yêu cầu,
- Hỗ trợ nhóm IFSP phát triển các kết quả hữu ích và phản ánh các mối quan ngại và ưu tiên của quý vị,
- Hỗ trợ quý vị xác định, nhận, tài trợ và giám sát các dịch vụ EI cần thiết,
- Hỗ trợ quý vị xác định và kết nối với các hỗ trợ và nguồn lực khác mà quý vị cần và muốn,
- Tạo điều kiện phát triển kế hoạch chuyển tiếp trước khi trẻ ba tuổi.

Tên của điều phối viên dịch vụ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Điện thoại Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	E-mail Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Tên cơ quan Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		Tên và thông tin liên hệ của giám sát viên Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Hạn chót nhận dịch vụ kịp thời (TRS): xx/xx/xxxx	Hạn chót đánh giá định kỳ sau sáu tháng: xx/xx/xxxx	Kỳ hạn tổ chức cuộc họp về kết quả và lên kế hoạch chuyển tiếp (TPC) không ít hơn 90 ngày theo lịch và không quá 9 tháng trước ngày sinh nhật thứ 3 của trẻ xx/xx/xxxx
---	--	--

Tên của trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Số EIDS Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Phần 3: Tư cách hội đủ điều kiện và đánh giá

Phần 3A. Tư cách hội đủ điều kiện

Tư cách hội đủ điều kiện ban đầu

Con của quý vị đủ điều kiện nhận dịch vụ Can thiệp sớm (EI) của bang Ohio vì các lý do sau:

- Chậm phát triển, theo xác định của nhóm đánh giá EI, vào ngày Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.. Xem phần 3B để biết tóm tắt về tư cách hội đủ điều kiện.
- Tình trạng thể chất hoặc tinh thần được chẩn đoán có khả năng cao dẫn đến chậm phát triển.

Tình trạng được chẩn đoán Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Ngày điều phối viên dịch vụ EI xác nhận tình trạng được chẩn đoán Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tư cách hội đủ điều kiện hằng năm

Con quý vị:

- Đủ điều kiện cho đến khi ba tuổi và không được xác định lại tư cách hội đủ điều kiện.
- Đủ điều kiện vào lần xác định lại trong năm nay do:
 - Chậm phát triển, theo xác định của nhóm đánh giá EI, vào ngày Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.. Xem phần 3B để biết tóm tắt về tư cách hội đủ điều kiện.
 - Tình trạng được chẩn đoán Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Ngày điều phối viên dịch vụ EI xác nhận tình trạng được chẩn đoán

Tên của trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Số EIDS Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Phần 3B. Tóm tắt đánh giá

Sau đây là tóm tắt về mức độ hoạt động chức năng hiện tại của con quý vị trong tất cả khía cạnh phát triển. Nhóm đánh giá sẽ giải thích thông tin đã tìm hiểu được về sự phát triển của con quý vị thông qua quá trình đánh giá.

I. Sử dụng công cụ: Trong phần này, nhóm đánh giá sẽ ghi lại công cụ đã được sử dụng, (các) ngày sử dụng và kết quả (bao gồm cả việc trẻ có chậm phát triển hay không dựa trên điểm số hoặc ý kiến lâm sàng) trong tất cả khía cạnh phát triển (thích ứng, thể chất [vận động thô và vận động tinh, thị giác, thính giác], giao tiếp, cảm xúc xã hội và nhận thức). Địa điểm kiểm tra và ghi chú về bất kỳ thích ứng nào với công cụ hoặc môi trường (thiết bị thích ứng, thông dịch viên, ngôn ngữ ký hiệu) sẽ được nêu ở phần này.

II. Đánh giá về tiền sử của trẻ: Đây là phần tóm tắt thông tin mà nhóm đánh giá đã tìm hiểu thông qua phỏng vấn phụ huynh và đánh giá sức khỏe (như thể chất, thị lực, thính giác, dinh dưỡng, di truyền và chuyên khoa) và hồ sơ giáo dục (như nhà cung cấp dịch vụ trông trẻ và khởi đầu sớm).

III. Quan sát cá nhân trẻ: Đây là phần tóm tắt về thông tin mà nhóm đánh giá đã tìm hiểu được sau khi quan sát con quý vị trong quá trình đánh giá. Thông tin đó bao gồm loại hoạt động mà con quý vị tham gia, người mà con quý vị tương tác và phản ứng của con quý vị với những tình huống và người mới và quen thuộc, bao gồm cả nhóm đánh giá.

IV. Thông tin từ các nguồn khác khi cần thiết để hiểu về tình trạng phát triển riêng của con quý vị: Bất kỳ loại thông tin nào khác mà quý vị đã chia sẻ nhưng không được ghi lại ở tài liệu khác có thể được nêu trong tài liệu này.

Tên của trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Số EIDS Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Phần 3C. Tóm tắt Đánh giá về gia đình (FDA)

Phần này tóm tắt các ưu tiên, mối quan ngại và nguồn lực của gia đình mà quý vị đã cho nhóm đánh giá biết.

xx/xx/xxxx

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Ngày hoàn tất

Tên của (các) công cụ đánh giá được sử dụng để tiến hành FDA

Tên của người đã hoàn thành FDA

Các nguồn lực của gia đình: Những người quan trọng nhất và thường gặp trong cuộc sống của trẻ và vai trò của họ trong gia đình:

Các cơ quan, tổ chức, dịch vụ và hoạt động quan trọng nhất với cuộc sống của gia đình hiện tại:

Thói quen của gia đình: Gia đình thích thực hiện các thói quen và hoạt động sau đây:

Các mối quan ngại của gia đình: Các mối quan ngại, khó khăn hoặc thách thức mà gia đình gặp phải trong các hoạt động và thói quen hằng ngày sẽ giúp ích cho nhóm EI:

Các ưu tiên của gia đình: Sau đây là những nguồn lực mà trẻ và gia đình cần, bao gồm cả hỗ trợ, hoạt động, chương trình và tổ chức về gia đình:

Tại thời điểm này, chúng tôi muốn nhóm EI giúp chúng tôi nhiều nhất trong việc:

Phần 3D: Thông tin khác: Chúng tôi muốn nhóm biết:

Tên của trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Số EIDS Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Phần 3E. Tóm tắt đánh giá

Để trẻ là người tham gia tích cực và thành công ở nhà và trong cộng đồng, trẻ cần phát triển các kỹ năng trong ba lĩnh vực hoạt động chức năng sau: (1) phát triển các kỹ năng cảm xúc xã hội tích cực; (2) tiếp thu và sử dụng kiến thức và kỹ năng; và (3) thực hiện hành động thích hợp để đáp ứng nhu cầu của trẻ. Nhóm sẽ sử dụng thông tin về mức độ phát triển hiện tại của trẻ, mối quan ngại, nguồn lực và ưu tiên của gia đình và thói quen hằng ngày của quý vị để hiểu nhu cầu cá nhân của trẻ so với các bạn đồng lứa. Thông tin này hỗ trợ hình thành các kết quả có ý nghĩa cho trẻ và gia đình của quý vị.

Phát triển các kỹ năng cảm xúc xã hội tích cực

Tóm tắt về cách trẻ tương tác và chơi với gia đình, người lớn khác và những đứa trẻ khác. Trong đó bao gồm các kỹ năng, chẳng hạn như (1) giao tiếp và tương tác với gia đình, bạn bè, người chăm sóc và những người khác, (2) thể hiện cảm xúc, (3) chơi các trò chơi xã hội, chẳng hạn như trốn tìm hoặc chơi thay phiên, có sử dụng lời nói, âm thanh, ra hiệu hoặc cử chỉ, (4) bình tĩnh lại khi buồn bực và (5) thể hiện sự hiểu biết về các quy tắc xã hội, chẳng hạn như chia sẻ và thay phiên nhau.

Điểm mạnh của trẻ

Các nhu cầu của trẻ

Tóm tắt kết quả của trẻ (COS): So với các bạn đồng lứa, trẻ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> có tất cả các kỹ năng mà chúng ta mong đợi ở một đứa trẻ thuộc độ tuổi này trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. | <input type="checkbox"/> vẫn chưa sử dụng các kỹ năng được mong đợi ở độ tuổi của em. Trẻ sử dụng nhiều kỹ năng nền tảng quan trọng và ban đầu để làm cơ sở xây dựng trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. |
| <input type="checkbox"/> có những kỹ năng mà chúng ta mong đợi ở độ tuổi của trẻ liên quan đến kết quả này; tuy nhiên, vẫn còn có lo ngại. | <input type="checkbox"/> thể hiện một số kỹ năng nền tảng mới xuất hiện hoặc ban đầu, mà sẽ giúp trẻ đạt được các kỹ năng phù hợp với lứa tuổi trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. |
| <input type="checkbox"/> thể hiện nhiều kỹ năng phù hợp với độ tuổi, nhưng tiếp tục cho thấy một số hoạt động chức năng có thể giống như thường thấy ở trẻ nhỏ tuổi hơn một chút trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. | <input type="checkbox"/> có thể giống như thường thấy ở trẻ nhỏ tuổi hơn nhiều. Trẻ thể hiện các kỹ năng ban đầu, nhưng chưa thể hiện kỹ năng nền tảng ban đầu hoặc kỹ năng phù hợp với độ tuổi trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. |
| <input type="checkbox"/> cho thấy việc thành thạo sử dụng một số kỹ năng phù hợp với độ tuổi, nhưng nhiều kỹ năng của trẻ chưa phù hợp với độ tuổi trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. | |

Dành cho IFSP thường niên và vào lúc rời khỏi chương trình. Trẻ có thể hiện bất kỳ kỹ năng hoặc hành vi nào mới liên quan đến *sự phát triển các kỹ năng cảm xúc xã hội tích cực* kể từ lần gần đây nhất đánh giá tóm tắt kết quả của trẻ không?

Có

Không

Tiếp thu và sử dụng kiến thức và kỹ năng

Tóm tắt về cách trẻ học những điều mới và sử dụng các kỹ năng ngôn ngữ, giao tiếp và giải quyết vấn đề cơ bản. Trong đó bao gồm (1) bắt chước hành động của người khác, (2) giải quyết vấn đề, (3) dùng cử chỉ, lời nói hoặc ra hiệu, (4) truyền đạt nhu cầu và mong muốn, (5) hiểu chỉ dẫn và (6) truyền đạt suy nghĩ và ý kiến của riêng mình.

Điểm mạnh của trẻ

Các nhu cầu của trẻ

Tóm tắt kết quả của trẻ (COS): So với các bạn đồng lứa, trẻ

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> có tất cả các kỹ năng mà chúng ta mong đợi ở một đứa trẻ thuộc độ tuổi này trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. <input type="checkbox"/> có những kỹ năng mà chúng ta mong đợi ở độ tuổi của trẻ liên quan đến kết quả này; tuy nhiên, vẫn còn có lo ngại. <input type="checkbox"/> thể hiện nhiều kỹ năng phù hợp với độ tuổi, nhưng tiếp tục cho thấy một số hoạt động chức năng có thể giống như thường thấy ở trẻ nhỏ tuổi hơn một chút trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. <input type="checkbox"/> cho thấy việc thành thạo sử dụng một số kỹ năng phù hợp với độ tuổi, nhưng nhiều kỹ năng của trẻ chưa phù hợp với độ tuổi trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> vẫn chưa sử dụng các kỹ năng được mong đợi ở độ tuổi của em. Trẻ sử dụng nhiều kỹ năng nền tảng quan trọng và ban đầu để làm cơ sở xây dựng trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. <input type="checkbox"/> thể hiện một số kỹ năng nền tảng mới xuất hiện hoặc ban đầu, mà sẽ giúp trẻ đạt được các kỹ năng phù hợp với lứa tuổi trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. <input type="checkbox"/> có thể giống như thường thấy ở trẻ nhỏ tuổi hơn nhiều. Trẻ thể hiện các kỹ năng ban đầu, nhưng chưa thể hiện kỹ năng nền tảng ban đầu hoặc kỹ năng phù hợp với độ tuổi trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. |
|--|--|

Dành cho IFSP thường niên và vào lúc rời khỏi chương trình. Trẻ có thể hiện bất kỳ kỹ năng hoặc hành vi nào mới liên quan đến *tiếp thu và sử dụng kiến thức và kỹ năng* kể từ lần gần đây nhất đánh giá tóm tắt kết quả của trẻ không?

Có

Không

Sử dụng hành động phù hợp để đáp ứng nhu cầu

Tóm tắt về cách trẻ bắt đầu quan tâm đến nhu cầu của bản thân, chẳng hạn như di chuyển từ nơi này sang nơi khác, ăn uống độc lập và tự lo các nhu cầu cơ bản. Trong đó bao gồm (1) cho tôi biết khi em đói, (2) cho người nào đó biết khi em cần giúp đỡ, (3) tìm cách lấy thứ gì đó ngoài tầm với, và (4) mức độ cần giúp khi mặc quần áo, ăn uống, đi vệ sinh và giao tiếp.

Điểm mạnh của trẻ

Các nhu cầu của trẻ

Tóm tắt kết quả của trẻ (COS): So với các bạn đồng lứa, trẻ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> có tất cả các kỹ năng mà chúng ta mong đợi ở một đứa trẻ thuộc độ tuổi này trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. | <input type="checkbox"/> vẫn chưa sử dụng các kỹ năng được mong đợi ở độ tuổi của em. Trẻ sử dụng nhiều kỹ năng nền tảng quan trọng và ban đầu để làm cơ sở xây dựng trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. |
| <input type="checkbox"/> có những kỹ năng mà chúng ta mong đợi ở độ tuổi của trẻ liên quan đến kết quả này; tuy nhiên, vẫn còn có lo ngại. | <input type="checkbox"/> thể hiện một số kỹ năng nền tảng mới xuất hiện hoặc ban đầu, mà sẽ giúp trẻ đạt được các kỹ năng phù hợp với lứa tuổi trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. |
| <input type="checkbox"/> thể hiện nhiều kỹ năng phù hợp với độ tuổi, nhưng tiếp tục cho thấy một số hoạt động chức năng có thể giống như thường thấy ở trẻ nhỏ tuổi hơn một chút trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. | <input type="checkbox"/> có thể giống như thường thấy ở trẻ nhỏ tuổi hơn nhiều. Trẻ thể hiện các kỹ năng ban đầu, nhưng chưa thể hiện kỹ năng nền tảng ban đầu hoặc kỹ năng phù hợp với độ tuổi trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. |
| <input type="checkbox"/> cho thấy việc thành thạo sử dụng một số kỹ năng phù hợp với độ tuổi, nhưng nhiều kỹ năng của trẻ chưa phù hợp với độ tuổi trong lĩnh vực đánh giá của kết quả này. | |

Dành cho IFSP thường niên và vào lúc rời khỏi chương trình. Trẻ có thể hiện bất kỳ kỹ năng hoặc hành vi nào mới liên quan đến *sử dụng hành động phù hợp để đáp ứng nhu cầu* kể từ lần gần đây nhất đánh giá tóm tắt kết quả của trẻ không?

Có

Không

Các thành viên trong nhóm đánh giá và thẩm định đa lĩnh vực

Tên được viết in hoa	Lĩnh vực	Thông tin liên hệ
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên của trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Số EIDS Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Phần 4: Kết quả của trẻ và gia đình

Phần này trình bày kết quả của trẻ hoặc gia đình dựa trên mục tiêu mong muốn đạt được của quý vị, cũng như các bước để đáp ứng kết quả của quý vị. Kết quả dựa trên thông tin mà nhóm đã tìm hiểu được từ (các) đánh giá về trẻ và gia đình. Từng kết quả IFSP phải được viết bằng ngôn ngữ mà mọi người dễ hiểu và theo cách liên quan rõ ràng với ưu tiên quý vị đã nêu trong quá trình đánh giá về gia đình (nếu được tiến hành).

Số hiệu kết quả xx	Kết quả mục tiêu này của trẻ hướng đến xx	<input type="checkbox"/> Phát triển các mối quan hệ xã hội tích cực	<input type="checkbox"/> Tiếp thu và sử dụng kỹ năng và kiến thức mới	<input type="checkbox"/> Thực hiện hành động để đáp ứng nhu cầu của bản thân	<input type="checkbox"/> Kết quả hướng đến sự tham gia của gia đình, hạnh phúc gia đình hoặc thông tin	<input type="checkbox"/> Kết quả hướng đến việc chuyển tiếp
--------------------	---	---	---	--	--	---

Dựa vào chia sẻ của quý vị về cuộc sống hằng ngày của gia đình, điều quý vị muốn thấy xảy ra trong các hoạt động của gia đình sau các dịch vụ và hỗ trợ EI. Làm thế nào chúng tôi biết được khi nào đạt được kết quả?

Tình trạng hiện tại?

Chiến lược: Những bước và hoạt động nào, bao gồm cả người và thời điểm, sẽ giúp chúng tôi đáp ứng kết quả IFSP?

Các hỗ trợ mà chúng tôi hiện có sẵn để giúp chúng tôi đạt được kết quả này (chính thức và tự nhiên, bao gồm cả các dịch vụ không được chương trình EI cung cấp).

Đánh giá kết quả này: Công tác đánh giá IFSP phải diễn ra ít nhất sáu tháng một lần, nhưng có thể tiến hành sớm hơn. Quý vị có thể yêu cầu đánh giá IFSP vào bất kỳ lúc nào.

Kết quả đánh giá

<input type="checkbox"/> Đạt kết quả	<input type="checkbox"/> Đã đạt tiến bộ; tiếp tục thực hiện kết quả mục tiêu, chiến lược và dịch vụ hiện tại	<input type="checkbox"/> Tiếp tục thực hiện kết quả mục tiêu và sửa đổi chiến lược và/hoặc dịch vụ	<input type="checkbox"/> Sửa đổi kết quả mục tiêu, chiến lược và dịch vụ	<input type="checkbox"/> Không còn theo ưu tiên của phụ huynh
xx/xx/xxxx	xx/xx/xxxx	xx/xx/xxxx	xx/xx/xxxx	xx/xx/xxxx
Ngày	Ngày	Ngày	Ngày	Ngày

Mối quan ngại hoặc sự kiện mới ảnh hưởng đến kết quả mục tiêu này

Tiến bộ đã đạt được

Tên của trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Số EIDS Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Dịch vụ can thiệp sớm: Bằng tất cả thông tin sẵn có, nhóm IFSP đã xác định các dịch vụ EI sau để hỗ trợ đạt được kết quả mục tiêu của chúng ta.

Loại dịch vụ EI	Phương pháp	Địa điểm	Tần suất	Thời lượng của buổi	Cơ quan cung cấp	Nguồn tài trợ	Ngày bắt đầu dự kiến	Ngày kết thúc dự kiến	Số hiệu kết quả mục tiêu

Phương pháp: Trực tiếp (D); Phối hợp (J) • Gặp mặt: (P); Công nghệ (T)

Địa điểm: Nhà (H); Cộng đồng (C); Khác (O)

Đối với mỗi dịch vụ EI không được cung cấp trong môi trường tự nhiên của trẻ, sau đây là giải thích về lý do không thể đạt được (các) kết quả mục tiêu trong môi trường tự nhiên.

Liệt kê các bước chuyển dịch vụ sang môi trường tự nhiên mà điều phối viên dịch vụ và gia đình sẽ thực hiện, bao gồm cả ngày dự kiến.

Liệt kê bất kỳ dịch vụ EI nào cần thiết, nhưng chưa được điều phối.

Các bước mà điều phối viên dịch vụ sẽ thực hiện để điều phối (các) dịch vụ EI cần thiết.

Hạn chót nhận dịch vụ kịp thời (TRS) Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên của trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Số EIDS Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Phần 5: Chấp thuận tham gia các dịch vụ EI

Tôi đã được thông báo đầy đủ và hiểu tất cả thông tin liên quan đến việc cung cấp các dịch vụ Can thiệp sớm được mô tả trong bản IFSP này. Tôi đã có bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ Can thiệp sớm của bang Ohio và hiểu các quyền của tôi khi chấp thuận tham gia. Tôi hiểu rằng tôi có các lựa chọn giải quyết tranh chấp nếu có khiếu nại về dịch vụ Can thiệp sớm. Tôi đã nhận được thông báo trước bằng văn bản về các dịch vụ Can thiệp sớm được đề xuất và đồng ý nhận các dịch vụ Can thiệp sớm này được mô tả trong bản IFSP này.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xx/xx/xxxx
Chữ ký của phụ huynh	Tên phụ huynh	Ngày

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xx/xx/xxxx
Chữ ký của phụ huynh	Tên phụ huynh	Ngày

Chúng tôi thừa nhận rằng các kết quả phản ánh các ưu tiên và mối quan ngại của gia đình và các dịch vụ EI hỗ trợ đạt được các kết quả đó. Chúng tôi đồng ý thực hiện kế hoạch theo cách hỗ trợ gia đình có khả năng giúp trẻ tham gia và học hỏi từ các hoạt động hằng ngày bất cứ khi nào có thể.

Chữ ký	Tên, vai trò và cơ quan	Phương thức tham gia	Ngày
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xxxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xxxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xxxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xxxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xxxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xxxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xxxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xxxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx

Phương thức tham gia: Gặp mặt (P); Công nghệ (T); Bảng văn bản (W)

Mẫu EI-5

xx/xx/xxxx

Ngày hôm nay

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên của trẻ

xx/xx/xxxx

Ngày sinh của trẻ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên phụ huynh

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Số EIDS

Chấp thuận sử dụng bảo hiểm cho các dịch vụ can thiệp sớm

Sử dụng bảo hiểm cá nhân

Điều phối viên dịch vụ của tôi đã giải thích quy tắc "hệ thống thanh toán" và bất kỳ chi phí tiềm ẩn nào mà tôi có thể phải chịu khi sử dụng bảo hiểm cá nhân của mình để thanh toán cho các dịch vụ Can thiệp sớm, chẳng hạn như khoản đồng thanh toán, khoản khấu trừ, phí bảo hiểm hoặc các chi phí dài hạn như mất quyền lợi vì giới hạn chi trả bảo hiểm sức khỏe hằng năm hoặc trọn đời của hợp đồng bảo hiểm. Tôi đã nhận được thông báo bằng văn bản về những chi phí tiềm ẩn này và các quyền của tôi. Tôi hiểu rằng khi tôi chấp thuận sử dụng bảo hiểm cá nhân của mình, tiểu bang sẽ thanh toán khoản đồng thanh toán và khoản khấu trừ cho 55 lần nhận dịch vụ Can thiệp sớm đầu tiên trong một năm thực hiện IFSP nếu tôi được xác định là có khả năng chi trả. Tiểu bang sẽ thanh toán các khoản đồng thanh toán và khấu trừ cho tất cả những lần nhận dịch vụ Can thiệp sớm nếu tôi được xác định là không thể thanh toán

Tôi chấp thuận lập hóa đơn thanh toán dịch vụ Can thiệp sớm (EI) cho bảo hiểm cá nhân Có Không Tôi không có bảo hiểm cá nhân

Số hợp đồng bảo hiểm chính

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Ngày bắt đầu

xx/xx/xxxx

Ngày kết thúc

xx/xx/xxxx

Tên công ty bảo hiểm y tế

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên của người được bảo hiểm

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Số hợp đồng bảo hiểm phụ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Ngày bắt đầu

xx/xx/xxxx

Ngày kết thúc

xx/xx/xxxx

Tên công ty bảo hiểm y tế

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên của người được bảo hiểm

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Chữ ký của phụ huynh

xx/xx/xxxx

Ngày

Sử dụng bảo hiểm công

Điều phối viên dịch vụ của tôi đã giải thích quy tắc hệ thống thanh toán của dịch vụ Can thiệp sớm. Tôi đã nhận được thông báo bằng văn bản về các quyền của mình và hiểu rằng không có chi phí tiềm ẩn nào khi sử dụng các quyền lợi Medicaid của tôi cho các dịch vụ EI.

Tôi chấp thuận chia sẻ thông tin nhận dạng cá nhân của con tôi (thông tin dùng để xác định danh tính của con tôi) cho nhà cung cấp dịch vụ Can thiệp sớm nêu trên IFSP và cơ quan Medicaid của tiểu bang nhằm mục đích thanh toán

Có Không Con tôi không có bảo hiểm Medicaid

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Người nhận Medicaid/số thanh toán

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Chữ ký của phụ huynh

xx/xx/xxxx

Ngày



Department of
Developmental Disabilities

Nhà tuyển dụng và nhà cung cấp dịch vụ trao cơ hội bình đẳng

Tháng 7/ 2019



Mẫu EI-6

XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Ngày hôm nay	Tên trẻ	Ngày sinh của trẻ
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Tên phụ huynh	Số EIDS	

Chỉ dành cho điều phối viên dịch vụ

Ngày nhận được từ nhân viên EI đủ điều kiện khác, nếu có
xx/xx/xxxx

Chấp thuận tiết lộ hồ sơ và chấp thuận tiết lộ và/hoặc trao đổi thông tin

Với tư cách là cha mẹ, quý vị có quyền cho phép hoặc không cho phép tiết lộ hồ sơ Can thiệp sớm (EI) của con mình cho những người hoặc cơ quan khác không thuộc hệ thống EI. Một bản sao của biểu mẫu này sẽ được tiết lộ cho các cơ quan hoặc cá nhân khi quý vị cho phép tiết lộ hồ sơ. Nếu quý vị không muốn các cơ quan hoặc cá nhân này biết về quyền của quý vị đối với các cơ quan khác, vui lòng yêu cầu sử dụng nhiều mẫu tiết lộ hồ sơ. Với tư cách là cha mẹ, quý vị có quyền truy cập vào bất kỳ phần nào trong hồ sơ EI của con mình. Hồ sơ EI có nghĩa là tất cả hồ sơ liên quan đến con quý vị được thu thập, lưu giữ hoặc sử dụng theo luật liên bang, Phần C của Đạo luật giáo dục người khuyết tật.

Chấp thuận tiết lộ hồ sơ

Tôi chấp thuận tiết lộ cho các hồ sơ EI sau

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kế hoạch dịch vụ gia đình cá nhân (IFSP) | <input type="checkbox"/> Ghi chú tiến trình |
| <input type="checkbox"/> Kết quả đánh giá/thẩm định | <input type="checkbox"/> Khác (nêu rõ) <u>Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.</u> |

Gửi các cơ quan hoặc cá nhân sau

Mục đích tiết lộ hồ sơ

Chấp thuận này hợp lệ

- Cho đến sinh nhật lần thứ ba của con tôi vào Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
- Trong một năm. Nêu rõ ngày kết thúc Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
- Từ xx/xx/xxxx đến xx/xx/xxxx

Điều phối viên dịch vụ hoặc nhà cung cấp EI của tôi đã thông báo cho tôi về tất cả thông tin liên quan đến việc tiết lộ hồ sơ và giải thích các quyền của tôi với tư cách là phụ huynh, bao gồm cả quyền khi chấp thuận tham gia. Tôi đã có bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ Can thiệp sớm (EI) của bang Ohio. Tôi hiểu rằng tôi có các lựa chọn giải quyết tranh chấp nếu có khiếu nại về dịch vụ EI. Tôi hiểu và đồng ý tiết lộ hồ sơ của con tôi.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xx/xx/xxxx
---	---	------------

Tên phụ huynh	Chữ ký phụ huynh	Ngày
---------------	------------------	------



Department of
Developmental Disabilities

Nhà tuyển dụng và nhà cung cấp dịch vụ trao cơ hội bình đẳng
Tháng 7/ 2019



Trang 1/2

Chấp thuận tiết lộ và/hoặc trao đổi thông tin

Tôi chấp thuận tiết lộ hồ sơ và/hoặc trao đổi các thông tin sau dưới dạng lời nói, văn bản hoặc điện tử

Giữa dịch vụ Can thiệp sớm và các cơ quan hoặc cá nhân sau

Mục đích của việc tiết lộ hoặc trao đổi thông tin

Chấp thuận này hợp lệ

- Cho đến sinh nhật lần thứ ba của con tôi vào Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
- Trong một năm. Nêu rõ ngày kết thúc Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
- Từ xx/xx/xxxx đến xx/xx/xxxx

Tôi đã được thông báo đầy đủ tất cả thông tin liên quan đến việc tiết lộ và/hoặc trao đổi thông tin về con tôi hoặc hồ sơ Can thiệp sớm của con tôi. Tôi đã có bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ Can thiệp sớm của bang Ohio và hiểu các quyền của tôi khi chấp thuận tham gia. Tôi hiểu rằng tôi có các lựa chọn giải quyết tranh chấp nếu có khiếu nại về dịch vụ Can thiệp sớm.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên phụ huynh

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Chữ ký phụ huynh

xx/xx/xxxx

Ngày

Mẫu EI-7

XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Ngày hôm nay	Tên trẻ	Ngày sinh của trẻ
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Tên phụ huynh	Số EIDS	

Chỉ dành cho điều phối viên dịch vụ

Vào ngày xx/xx/xxxx, một bản sao của thông báo này và bản chấp thuận đã được gửi cho (các) phụ huynh

Trực tiếp Qua thư Qua e-mail

Chấp thuận chuyển tiếp

Thông báo của Học khu và Ohio Department of Education (ODE): Ohio Early Intervention (EI) đề nghị quý vị chấp thuận để chia sẻ tên con của quý vị và thông tin liên lạc của quý vị với học khu Ohio chịu trách nhiệm về giáo dục cho con của quý vị và với ODE. Thông tin này sẽ giúp các học khu lập kế hoạch cho các chương trình giáo dục đặc biệt ở trường mầm non trong năm tới.

Điều phối viên dịch vụ của tôi đã thông báo cho tôi tất cả thông tin liên quan đến việc chia sẻ tên và ngày sinh của con tôi và thông tin liên hệ của tôi với học khu và ODE và giải thích các quyền của tôi với tư cách là phụ huynh, bao gồm cả quyền khi chấp thuận tham gia. Tôi đã có bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ Can thiệp sớm (EI) của bang Ohio. Tôi hiểu rằng tôi có các lựa chọn giải quyết tranh chấp nếu có khiếu nại về dịch vụ EI.

- Tôi hiểu và chấp thuận chia sẻ tên, ngày sinh của con tôi và thông tin liên hệ của tôi với học khu và ODE.
- Tôi không đồng ý chia sẻ tên, ngày sinh của con tôi và thông tin liên hệ của tôi với học khu và ODE.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xx/xx/xxxx
Tên phụ huynh	Chữ ký phụ huynh	Ngày

Cuộc họp lập kế hoạch chuyển tiếp (TPC): Nếu con quý vị có đủ điều kiện nhận các dịch vụ mầm non theo phần B của IDEA, Ohio Early Intervention (EI) đề nghị quý vị chấp thuận để lên lịch tiến hành cuộc họp lập kế hoạch chuyển tiếp với một đại diện từ học khu của quý vị. Người này sẽ giải thích quy trình xác định điều kiện học trường mầm non theo phần B. Cuộc họp này diễn ra trước ngày sinh nhật lần thứ 3 của con quý vị ít nhất 90 ngày nhưng không quá 9 tháng.

Nếu con quý vị được xác định là không đủ điều kiện cho các dịch vụ mầm non theo phần B của IDEA, EI đề nghị quý vị chấp thuận để lên lịch tiến hành cuộc họp lập kế hoạch chuyển tiếp với các nhà cung cấp dịch vụ cộng đồng khác mà quý vị và nhóm của quý vị đã xác định.

Điều phối viên dịch vụ của tôi đã thông báo cho tôi tất cả thông tin liên quan đến cuộc họp lập kế hoạch chuyển tiếp (TPC) và giải thích các quyền của tôi với tư cách là phụ huynh, bao gồm cả quyền khi chấp thuận tham gia. Tôi đã có bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ Can thiệp sớm (EI) của bang Ohio. Tôi hiểu rằng tôi có các lựa chọn giải quyết tranh chấp nếu có khiếu nại về dịch vụ EI.

- Tôi hiểu và chấp thuận lên lịch tiến hành TPC.
- Tôi không đồng ý với TPC.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xx/xx/xxxx
Tên phụ huynh	Chữ ký phụ huynh	Ngày



Department of
Developmental Disabilities

Nhà tuyển dụng và nhà cung cấp dịch vụ trao cơ hội bình đẳng
Tháng 7/ 2019



Mẫu EI-8

XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Ngày hôm nay	Tên trẻ	Ngày sinh của trẻ
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Tên phụ huynh	Số EIDS	

Chỉ dành cho điều phối viên dịch vụ

Vào ngày xx/xx/xxxx, một bản sao của thông báo này và bản chấp thuận đã được gửi cho (các) phụ huynh

Trực tiếp Qua thư Qua e-mail

Chấp thuận giới thiệu trẻ đến Cơ quan giáo dục của địa phương và Ohio Department of Education (ODE)

Ohio Early Intervention (EI) gần đây đã nhận được giấy giới thiệu cho con quý vị. Vì EI là chương trình dành cho trẻ em chậm phát triển và khuyết tật từ sơ sinh cho đến ba tuổi, con quý vị lại sắp được ba tuổi nên EI không thể xác định được trẻ có đủ điều kiện tham gia hay không. Tuy nhiên, nếu quý vị nghi ngờ con mình có thể bị chậm phát triển hoặc khuyết tật phát triển, trẻ có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ giáo dục đặc biệt ở trường mầm non theo Phần B của Đạo luật giáo dục người khuyết tật.

Quý vị có thể tự liên hệ với học khu của con mình để được giới thiệu.

Nếu quý vị muốn EI liên hệ với học khu của quý vị để tiến hành giới thiệu, chúng tôi buộc phải được quý vị chấp thuận. Với sự chấp thuận của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp thông tin liên lạc của quý vị và tên cũng như ngày sinh của con quý vị cho học khu, nơi chịu trách nhiệm giáo dục con quý vị và cho ODE.

Tôi đã được thông báo đầy đủ và hiểu rằng thông tin liên lạc của tôi và tên của con tôi sẽ được chia sẻ với học khu địa phương của tôi và với ODE. Tôi đã nhận được một bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ Can thiệp sớm của bang Ohio cùng biểu mẫu này. Tôi hiểu rằng tôi có các lựa chọn giải quyết tranh chấp nếu có khiếu nại về dịch vụ EI. Tôi chấp thuận cho phép EI cung cấp tên và ngày sinh của con tôi và thông tin liên lạc của tôi cho học khu và ODE của tôi.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	xx/xx/xxxx
Tên phụ huynh	Chữ ký phụ huynh	Ngày



Department of
Developmental Disabilities

Nhà tuyển dụng và nhà cung cấp dịch vụ trao cơ hội bình đẳng
Tháng 7/ 2019



Mẫu EI-9

XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Ngày hôm nay	Tên trẻ	Ngày sinh của trẻ
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		XXXXXXXXXXXX
Tên phụ huynh		Số EIDS

Chỉ dành cho điều phối viên dịch vụ

Vào ngày xx/xx/xxxx, một bản sao của thông báo này và bản chấp thuận đã được gửi cho (các) phụ huynh

Trực tiếp Qua thư Qua e-mail

Thông báo trước bằng văn bản về việc xác định tình trạng không đủ điều kiện

Tóm tắt đánh giá

Con của quý vị đã được đánh giá trong tất cả khía cạnh phát triển, theo nhiều phương pháp và theo nhiều lĩnh vực. Nhóm đánh giá đã xác định rằng con quý vị không có biểu hiện chậm phát triển dựa trên điểm số và ý kiến lâm sàng. Con quý vị hiện đang thể hiện các kỹ năng và hành vi tương tự như trẻ cùng tuổi và không đủ điều kiện nhận dịch vụ Can thiệp sớm. Dưới đây, nhóm đã tóm tắt mức độ hoạt động chức năng hiện tại của con quý vị trong tất cả các lĩnh vực phát triển. Họ sẽ giải thích thông tin đã tìm hiểu về sự phát triển của con quý vị thông qua quan sát cá nhân, kiểm tra (bao gồm cả (những) bài kiểm tra được thực hiện), đánh giá tiền sử của con quý vị và thông tin khác mà quý vị đã cung cấp.

- Sử dụng công cụ:** Trong phần này, nhóm đánh giá ghi lại công cụ đã được sử dụng, (các) ngày sử dụng và kết quả trong tất cả các khía cạnh phát triển (thích ứng, thể chất [vận động thô và tinh, thị giác, thính giác], giao tiếp, cảm xúc xã hội và nhận thức). Địa điểm kiểm tra và ghi chú về bất kỳ thích ứng nào với công cụ hoặc môi trường (thiết bị thích ứng, thông dịch viên, ngôn ngữ ký hiệu) sẽ được nêu ở phần này.
- Đánh giá về tiền sử của trẻ:** Đây là phần tóm tắt thông tin mà nhóm đánh giá đã tìm hiểu thông qua phỏng vấn phụ huynh và đánh giá sức khỏe (như thể chất, thị lực, thính giác, dinh dưỡng, di truyền và chuyên khoa) và hồ sơ giáo dục (như nhà cung cấp dịch vụ trông trẻ và khởi đầu sớm).

III. Quan sát cá nhân trẻ: Đây là phần tóm tắt về thông tin mà nhóm đánh giá đã tìm hiểu được sau khi quan sát con quý vị trong quá trình đánh giá. Thông tin đó bao gồm loại hoạt động mà con quý vị tham gia, người mà con quý vị tương tác và phản ứng của con quý vị với những tình huống và người mới và quen thuộc, bao gồm cả nhóm đánh giá.

IV. Thông tin từ các nguồn khác khi cần thiết để hiểu về tình trạng phát triển riêng của con quý vị: Bất kỳ loại thông tin nào khác mà quý vị đã chia sẻ nhưng không được ghi lại ở tài liệu khác có thể được nêu trong tài liệu này.

Các thành viên trong nhóm đánh giá và thẩm định đa lĩnh vực

Tên được viết in hoa	Lĩnh vực	Thông tin liên hệ
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Ý tưởng và đề xuất để thúc đẩy sự phát triển của con quý vị

Những sự hỗ trợ và nguồn lực của cộng đồng quý vị có thể quan tâm

Với tư cách là phụ huynh, quý vị có các lựa chọn giải quyết tranh chấp. Chúng tôi có đính kèm bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ Can thiệp sớm của bang Ohio với tài liệu này. Vui lòng liên hệ với điều phối viên dịch vụ EI của quý vị nếu có bất kỳ thắc mắc nào về những kết quả này. Quý vị cũng có thể liên hệ với điều phối viên dịch vụ nếu có những mối quan ngại mới về sự phát triển của con mình trước khi ba tuổi.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên điều phối viên dịch vụ

Thông tin liên hệ của điều phối viên dịch vụ

Mẫu EI-10

XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Ngày hôm nay	Tên trẻ	Ngày sinh của trẻ
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Tên phụ huynh	Số EIDS	

Chỉ dành cho điều phối viên dịch vụ

Vào ngày xx/xx/xxxx, một bản sao của thông báo này và bản chấp thuận đã được gửi cho (các) phụ huynh

- Trực tiếp Qua thư Qua e-mail

Thông báo trước bằng văn bản về việc ngừng dịch vụ

Ohio Early Intervention (EI) đang đề xuất chấm dứt các dịch vụ EI cho quý vị và con của quý vị. Ohio EI sẽ giữ lại một bản sao hồ sơ của con quý vị cho đến sinh nhật thứ chín của bé. Quý vị có quyền xem lại hoặc yêu cầu hồ sơ của con mình. Ohio Early Intervention sẽ đề xuất đưa con quý vị ra khỏi hệ thống EI ít nhất là sau 10 ngày kể từ ngày gửi thông báo này vì (các) lý do sau:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Con của quý vị đã được kiểm tra và không bị nghi ngờ là chậm phát triển hoặc khuyết tật phát triển. Quý vị có thể yêu cầu đánh giá bất kỳ lúc nào bằng cách liên hệ với điều phối viên dịch vụ EI của mình | <input type="checkbox"/> Con quý vị đã đạt kết quả IFSP và nhóm IFSP của con quý vị đồng ý rằng không cần có thêm kết quả IFSP nào khác. |
| <input type="checkbox"/> Quý vị không chấp thuận tiến hành đánh giá hoặc thẩm định con mình. | <input type="checkbox"/> Quý vị đã kết thúc việc tham gia hệ thống EI. |
| <input type="checkbox"/> Con quý vị không đủ điều kiện nhận các dịch vụ EI. | <input type="checkbox"/> Chúng tôi không thể liên lạc với quý vị. Vui lòng liên hệ với điều phối viên dịch vụ EI của quý vị trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ ngày gửi thông báo này. |
| <input type="checkbox"/> Quy trình xác định lại tư cách hội đủ điều kiện bắt buộc chưa được hoàn thành. | <input type="checkbox"/> Con quý vị đã rời khỏi lãnh thổ bang Ohio. |
| <input type="checkbox"/> Đánh giá trẻ hằng năm bắt buộc chưa được hoàn thành. | <input type="checkbox"/> Con của quý vị đã chuyển sang các dịch vụ thuộc Phần B với IEP trước khi ba tuổi. |
| <input type="checkbox"/> Quý vị xác định rằng gia đình mình hiện không cần đến các kết quả của Kế hoạch dịch vụ gia đình cá nhân (IFSP) | |

Ghi chú:

Với tư cách là phụ huynh, quý vị có các lựa chọn giải quyết tranh chấp. Chúng tôi có đính kèm bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ EI với tài liệu này. Nếu quý vị cho rằng lý do ngừng dịch vụ của con mình là không rõ ràng hoặc không chính xác, vui lòng liên hệ với tôi.

Tên điều phối viên dịch vụ EI

Thông tin liên hệ của điều phối viên dịch vụ EI

Quý vị có thể giới thiệu lại bất kỳ lúc nào trước khi con quý vị tròn ba tuổi bằng cách liên hệ với Central Intake theo số 1-800-755-4769 hoặc bằng cách truy cập www.ohioearlyintervention.org.



Department of
Developmental Disabilities

Nhà tuyển dụng và nhà cung cấp dịch vụ trao cơ hội bình đẳng
Tháng 7/ 2019



Mẫu EI-11

xx/xx/xxxx

Ngày hôm nay

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên của trẻ

xx/xx/xxxx

Ngày sinh của trẻ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên phụ huynh

XXXXXXXXXXXXXX

Số EIDS

Thông báo trước bằng văn bản về thay đổi được đề xuất đối với các dịch vụ

Khi bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ Can thiệp sớm (EI) nào của bang Ohio khuyến nghị hoặc đề xuất bắt đầu tiến hành hoặc thay đổi các dịch vụ EI mà sẽ được cung cấp cho gia đình và con của quý vị, chúng tôi phải thông báo trước bằng văn bản cho quý vị ít nhất là mười ngày theo lịch trước khi bắt đầu hoặc thay đổi dịch vụ EI đó.

Ohio Early Intervention đang đề xuất

bắt đầu

thay đổi một hoặc nhiều dịch vụ EI dành cho con của quý vị và gia đình quý vị.

Chi tiết về thay đổi được đề xuất

Lý do tiến hành thay đổi được đề xuất

Ngày thực hiện thay đổi được đề xuất (không ít hơn 10 ngày kể từ ngày hôm nay)

Vui lòng liên hệ với tôi sớm nhất có thể nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về hành động này.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên nhà cung cấp dịch vụ EI

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Thông tin liên hệ của nhà cung cấp dịch vụ EI

Với tư cách là phụ huynh, quý vị có các lựa chọn giải quyết tranh chấp. Chúng tôi có đính kèm bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ Can thiệp sớm của bang Ohio với tài liệu này. Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ với điều phối viên dịch vụ EI theo thông tin dưới đây:

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên nhà cung cấp dịch vụ EI

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Thông tin liên hệ của nhà cung cấp dịch vụ EI

Từ bỏ quyền nhận thông báo (không bắt buộc)

Tôi hiểu và đồng ý từ bỏ quyền được nhận thông báo bằng văn bản 10 ngày theo lịch trước khi hoạt động đề xuất này diễn ra.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Tên họ viết tắt của phụ huynh

xx/xx/xxxx

Ngày

Vào ngày xx/xx/xxxx Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin. (tên/vai trò) đã gửi một bản sao của thông báo này và bản chấp thuận cho (các) phụ huynh

Trực tiếp

Qua thư

Qua e-mail

Nếu biểu mẫu này do một người không phải là điều phối viên dịch vụ EI điền, nhà cung cấp dịch vụ EI phải gửi một bản sao cho điều phối viên dịch vụ EI trong vòng năm ngày theo lịch kể từ khi cung cấp thông báo cho



Department of
Developmental Disabilities

Nhà tuyển dụng và nhà cung cấp dịch vụ trao cơ hội bình đẳng
Tháng 7/ 2019



Mẫu EI-12

Tài liệu về tình trạng chẩn đoán

Kính gửi chuyên gia y tế — Theo yêu cầu của tiểu bang và liên bang về điều kiện tham gia theo Phần C của Đạo luật giáo dục người khuyết tật (IDEA), hầu hết các chẩn đoán y tế sẽ không khiến trẻ tự động đủ điều kiện nhận Can thiệp sớm (EI). Tuy nhiên, một chuyên gia có giấy phép chẩn đoán và điều trị các tình trạng tâm thần hoặc thể chất có thể xác định được rằng tình trạng được chẩn đoán của trẻ có thể dẫn đến chậm phát triển. Tư cách hội đủ điều kiện nhận EI của trẻ có thể được xác lập trong một năm. Sau đó, nhóm EI sẽ tiến hành đánh giá toàn diện để xác định nhu cầu về chương trình của trẻ. **Để xác định tư cách hội đủ điều kiện nhận EI bằng biểu mẫu này, tất cả các trường phải được điền đầy đủ.**

Tên của trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Ngày sinh của trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Tên phụ huynh Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Vui lòng nêu rõ chẩn đoán cụ thể của trẻ vào ô trống. Không điền "chậm phát triển tổng thể", "chậm phát triển" hay các vấn đề về phát triển, chẳng hạn như "các vấn đề về khả năng nói".		

Chọn một mục dưới đây

- Tôi nghi ngờ rằng tình trạng sức khỏe của trẻ có thể dẫn đến chậm phát triển ở ít nhất một trong các khía cạnh phát triển sau đây (đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp)
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Giao tiếp | <input type="checkbox"/> Cảm xúc xã hội | |
| <input type="checkbox"/> Vận động | <input type="checkbox"/> Thích ứng/tự chăm sóc bản thân/tự lập | |
| <input type="checkbox"/> Thị lực | <input type="checkbox"/> Nhận thức/giải quyết vấn đề | |
| <input type="checkbox"/> Thính giác | <input type="checkbox"/> Khác (nếu rõ) <u>Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.</u> | |
| <input type="checkbox"/> Tôi không có lý do để cho rằng tình trạng sức khỏe của trẻ có thể dẫn đến chậm phát triển. Tuy nhiên, tôi hiểu rằng phụ huynh và trẻ vẫn có quyền được đánh giá về mặt phát triển để xác định tư cách hội đủ điều kiện. | | |

Chuyên gia có giấy phép chẩn đoán và điều trị tình trạng tâm thần hoặc thể chất

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Tên	Loại giấy phép	Điện thoại
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Chữ ký	E-mail	Ngày

Vui lòng gửi lại biểu mẫu này cho điều phối viên dịch vụ Can thiệp sớm của trẻ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Tên điều phối viên dịch vụ	Số fax	E-mail

Chỉ dành cho điều phối viên dịch vụ Ngày nhận biểu mẫu <u>Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.</u> Số EIDS <u>Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.</u>
--

Mẫu EI-13

XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Ngày hôm nay	Tên trẻ	Ngày sinh của trẻ
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		XXXXXXXXXXXX
Tên phụ huynh		Số EIDS

Chỉ dành cho điều phối viên dịch vụ

Vào ngày xx/xx/xxxx, một bản sao của thông báo này và bản chấp thuận đã được gửi cho (các) phụ huynh

Trực tiếp Qua thư Qua e-mail

Thông báo được gửi đến những người khác vào ngày xx/xx/xxxx.

Thông báo họp về Kế hoạch dịch vụ gia đình cá nhân (IFSP)

Đây là lúc chúng ta họp để

- Xây dựng IFSP tạm thời cho đến khi chúng tôi có thể hoàn thành đánh giá và lên lịch cho IFSP “ban đầu”.
- Xem xét tư cách hội đủ điều kiện và thông tin đánh giá và xây dựng IFSP đầu tiên (“ban đầu”).
- Tiến hành đánh giá IFSP định kỳ để xác định mức độ tiến bộ đạt được các kết quả được nêu trong IFSP và liệu việc sửa đổi hay điều chỉnh kết quả hoặc các dịch vụ Can thiệp sớm được nêu trong IFSP, có cần thiết không.
- Xem xét tư cách hội đủ điều kiện và thông tin đánh giá và xây dựng IFSP thường niên.
- Cuộc họp IFSP này sẽ bao gồm cuộc họp lập kế hoạch chuyển tiếp.

Chúng tôi đồng ý lên lịch cuộc họp IFSP vào

xx/xx/xxxx	xx:xx	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Ngày	Thời gian	Địa điểm

Quý vị đã yêu cầu mời những cá nhân sau đây tham gia cuộc họp IFSP. Những người này sẽ được gửi một bản sao của thông báo này.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên, vai trò hoặc mối quan hệ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên, vai trò hoặc mối quan hệ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên, vai trò hoặc mối quan hệ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên, vai trò hoặc mối quan hệ

Ngoài ra, các nhà cung cấp dịch vụ Can thiệp sớm sau đây đã được mời tham dự cuộc họp IFSP. Họ sẽ được gửi một bản sao của thông báo này.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên, vai trò hoặc cơ quan

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên, vai trò hoặc cơ quan

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên, vai trò hoặc cơ quan

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên, vai trò hoặc cơ quan

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào hoặc muốn thay đổi bất kỳ điều gì về cuộc họp này, vui lòng liên hệ với tôi, điều phối viên dịch vụ EI của quý vị:

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên điều phối viên dịch vụ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Thông tin liên hệ của điều phối viên dịch vụ



Department of
Developmental Disabilities

Nhà tuyển dụng và nhà cung cấp dịch vụ trao cơ hội bình đẳng
Tháng 7/ 2019



Mẫu EI-14

Liên hệ sau khi chuyên gia giới thiệu

Phần dành riêng cho điều phối viên dịch vụ: Ngày cơ quan EI SC của địa phương nhận được giới thiệu Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Chỉ khi được phụ huynh chấp thuận, một bản sao của biểu mẫu này sẽ được gửi cho chuyên gia đã giới thiệu trẻ đến dịch vụ Can thiệp sớm (EI).

<u>xx/xx/xxxx</u>	<u>Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.</u>	<u>xx/xx/xxxx</u>
Ngày hôm nay	Tên của trẻ được giới thiệu	Ngày sinh của trẻ
<u>Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.</u>	<u>Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.</u>	<u>Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.</u>
Tên của chuyên gia giới thiệu trẻ	Tên cơ quan	Thông tin liên hệ của chuyên gia hoặc cơ quan

Điều phối viên dịch vụ của tôi đã thông báo cho tôi về tất cả thông tin liên quan đến việc chia sẻ trạng thái của việc giới thiệu con tôi đến dịch vụ Can thiệp sớm (EI) và giải thích các quyền của tôi với tư cách là phụ huynh, bao gồm cả quyền khi chấp thuận tham gia. Tôi đã có bản sao của tập sách Quyền của phụ huynh khi nhận dịch vụ Can thiệp sớm (EI) của bang Ohio. Tôi hiểu rằng tôi có các lựa chọn giải quyết tranh chấp nếu có khiếu nại về dịch vụ EI. Tôi hiểu và chấp thuận chia sẻ thông tin về trạng thái giới thiệu với chuyên gia đã giới thiệu con tôi.

<u>Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.</u>	<u>Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.</u>	<u>Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.</u>
Tên phụ huynh	Chữ ký phụ huynh	Ngày

- Phụ huynh không chấp thuận chia sẻ thông tin về trạng thái giới thiệu của trẻ. Vui lòng liên hệ với gia đình để biết thêm thông tin.
- Đã thử liên lạc với phụ huynh nhiều lần nhưng không thành công. Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị đã cập nhật thông tin liên hệ của phụ huynh.

Đã liên hệ được với phụ huynh và những trường hợp sau đã xảy ra:

- Phụ huynh từ chối sử dụng dịch vụ Can thiệp sớm
- Không đủ điều kiện nhận dịch vụ Can thiệp sớm của bang Ohio
- Đang trong quá trình xác định tư cách hội đủ điều kiện
- Nhóm Can thiệp sớm, bao gồm cả phụ huynh, đã xác định hiện không cần dịch vụ Can thiệp sớm
- Đủ điều kiện nhận dịch vụ Can thiệp sớm của bang Ohio

Dịch vụ Can thiệp sớm của bang Ohio rất trân trọng sự giới thiệu của quý vị! Quý vị có thể giới thiệu lại bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với Central Intake theo số 1-800-755-4769 hoặc truy cập trang web www.ohioearlyintervention.org.

Mẫu EI-15

xx/xx/xxxx

Ngày hôm nay

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên của trẻ

xx/xx/xxxx

Ngày sinh của trẻ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên phụ huynh

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Số EIDS

Xác định khả năng chi trả cho các dịch vụ Can thiệp sớm của phụ huynh

Tài liệu (chỉ cần một tài liệu)

(A) Thẻ Medicaid Ohio

(B) Thẻ Ohio WIC

(C) Thu nhập của phụ huynh

Thu nhập của phụ huynh hằng tuần (52) hai tuần một lần (26) hằng tháng (12) hai tháng một lần (24) quy mô gia đình: xx

Ngày gửi phiếu lương Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tổng số tiền Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Thu nhập của phụ huynh hằng tuần (52) hai tuần một lần (26) hằng tháng (12) hai tháng một lần (24) quy mô gia đình: xx

Ngày gửi phiếu lương Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tổng thu nhập hằng năm Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Thu nhập của gia đình thấp hơn hoặc bằng Điều kiện tham gia chương trình Khởi đầu tốt cho trẻ chưa có bảo hiểm? Có Không
(206% FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

Tên viết tắt của phụ huynh

Tôi chọn không chia sẻ thông tin tài chính của mình và hiểu rằng theo OAC 5123:10-03 (D), tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán chi phí cho các dịch vụ can thiệp sớm vượt quá 55 lần đầu tiên được tiểu bang tài trợ.

Tôi đã đọc và đánh giá tài liệu do phụ huynh cung cấp theo OAC 5123:2-10-03 (D) và đã xác định rằng phụ huynh không thể có thể chi trả cho các dịch vụ Can thiệp sớm.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên của điều phối viên dịch vụ EI

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Ngày

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Chữ ký của điều phối viên dịch vụ EI

Tôi đã xem lại thông tin được sử dụng để hoàn thành biểu mẫu này và điều phối viên dịch vụ của tôi đã giải thích cho tôi về việc xác định liệu tôi có thể hay không thể thanh toán cho các dịch vụ EI.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Chữ ký của phụ huynh

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Ngày



Department of
Developmental Disabilities

Nhà tuyển dụng và nhà cung cấp dịch vụ trao cơ hội bình đẳng
Tháng 7/ 2019



Mẫu EI-16

Chỉ dành cho điều phối viên dịch vụ
 Vào ngày xx/xx/xxxx (ngày/trong vòng 30 ngày từ khi ký IFSP), biểu mẫu này được gửi đến DODD cùng với các biểu mẫu
 EI-04 EI-05 EI-15

XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX
 Ngày hôm nay Tên trẻ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin. xx/xx/xxxx
 Số EIDS Ngày sinh của trẻ

Chi trả các dịch vụ Can thiệp sớm

Tên phụ huynh Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.			Tên phụ huynh Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		
Địa chỉ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.			Địa chỉ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		
Thành phố Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Tiểu bang xxxxxx	ZIP xxxxxxxx	Thành phố Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Tiểu bang xxxxxx	ZIP xxxxxxxx
Số an sinh xã hội Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.			Số an sinh xã hội Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		
Điện thoại nhà riêng Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Điện thoại của cơ quan Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		Điện thoại nhà riêng Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Điện thoại của cơ quan Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	
E-mail Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.			E-mail Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		
Địa chỉ của trẻ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.			Quận Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.		
Thành phố Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Tiểu bang xxxxxx	ZIP xxxxxxxx	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		

Các dịch vụ Can thiệp sớm IFSP được đề xuất (thêm trang nếu cần)

Loại dịch vụ	Tên và địa chỉ của nhà cung cấp	Tần suất	Nguồn chi trả
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.
Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Chữ ký của điều phối viên dịch vụ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Ngày xx/xx/xxxx	Email của điều phối viên dịch vụ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	
Tên của điều phối viên dịch vụ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Tên cơ quan Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Số điện thoại xxxxxxxxxxxx	
Địa chỉ Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Thành phố Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.	Tiểu bang xxxxxx	ZIP xxxxxxxx

Tôi ủy quyền cho điều phối viên dịch vụ được nêu tên ở trên nộp đơn này cho Ohio Department of Developmental Disabilities để được thanh toán các dịch vụ cho trẻ có tên trong đơn này.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin. Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin. xx/xx/xxxx

Tên phụ huynh Chữ ký phụ huynh Ngày

Phần dành riêng cho DODD

Đã chấp thuận <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	55 lần ban đầu <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Yêu cầu dịch vụ bổ sung <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đạt ngưỡng chi phí y tế bất thường <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Ngày hiệu lực xx/xx/xxxx	Ngày hết hạn xx/xx/xxxx
Nhân viên DODD Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.				Ngày xx/xx/xxxx	



Mẫu EI-17

xx/xx/xxxx

Ngày hôm nay

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên của trẻ

xx/xx/xxxx

Ngày sinh của trẻ

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên phụ huynh

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Số EIDS

Bảng tính chi phí y tế bất thường

Thu nhập của phụ huynh hằng tuần (52) hai tuần một lần (26) hằng tháng (12) hai tháng một lần (24) quy mô gia đình: xx

Ngày gửi phiếu lương Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tổng số tiền Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Thu nhập của phụ huynh hằng tuần (52) hai tuần một lần (26) hằng tháng (12) hai tháng một lần (24) quy mô gia đình: xx

Ngày gửi phiếu lương Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tổng số tiền Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tổng thu nhập hằng năm Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Quý vị có thể tìm thấy các cách tính đối với thu nhập gia đình ở mức 210-401% hoặc cao hơn Mức nghèo của liên bang (FPL) tại trang web <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Thu nhập hàng năm

x =

EME

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Chi phí y tế tự trả

Tôi đã tính toán chi phí y tế tự trả dự kiến dựa trên mức nghèo liên bang gần đây nhất do Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ xác định và được công bố trong Công báo liên bang và đã chia sẻ thông tin này với phụ huynh. DODD sẽ sử dụng thông tin này để đưa ra quyết định cuối cùng về chi phí y tế bất thường của gia đình.

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Tên của điều phối viên dịch vụ EI

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Ngày

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập thông tin.

Chữ ký của điều phối viên dịch vụ EI



Department of
Developmental Disabilities

Nhà tuyển dụng và nhà cung cấp dịch vụ trao cơ hội bình đẳng
Tháng 7/ 2019



