|  |
| --- |
| 北卡罗来纳州婴幼儿计划**个别化家庭服务计划 (IFSP)** |

|  |
| --- |
| 重要日期和事件 |
|  |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **儿童姓名：** |       |
| **出生日期：** |       | **性别： [ ]  男 [ ]  女**  |
| **推荐年龄：** |       | **推荐日期：**  |       |
| **IFSP 会议日期：** |       | **IFSP 开始日期：** |       |
| **临时 IFSP 日期：** |       | **[ ] 不适用** |       |
| **家长姓名：** |       | **儿童姓名：** |       |
| **地址：** |       | **地址：** |       |
| **市、州、邮编** |       | **市、州、邮编** |       |
| **电话号码：** | （   ）   -      **工作电话 [ ]  家庭电话 [ ]  手机 [ ]** （   ）   -      **工作电话 [ ]  家庭电话 [ ]  手机 [ ]** （   ）   -      **工作电话 [ ]  家庭电话 [ ]  手机 [ ]**  | **电话号码：**  | （   ）   -       |
|  | **工作电话 [ ]  家庭电话 [ ]  手机 [ ]** （   ）   -      **工作电话 [ ]  家庭电话 [ ]  手机 [ ]** （   ）   -      **工作电话 [ ]  家庭电话 [ ]  手机 [ ]**  |
| **电子邮箱：** |       | **电子邮箱：** |       |
| **父母的语言：** |       | **儿童的语言：** |       |
| **居住学区：** |       |
| **县：** |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **关系/角色** | **电话号码** | **地址** | **开始日期** | **结束日期** |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |
|       |       |       |       |  |  |

**您的家庭对您孩子的能力和学习的关切和优先考虑事项是您家庭的个别化家庭服务计划 (IFSP) 的重点，包括结果或目标。您选择提供的关于您家庭的优势、资源和支持的信息非常重要和有用，因为我们需要共同努力为您的孩子和家庭实现您想要的结果。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **完成家庭评估的日期：**       | **参与者/团队成员：**       | **家庭指示评估工具的名称：**       |

|  |
| --- |
| **家庭关切领域：** （请说明您的孩子和/或家人在日常活动中遇到的挑战或困难。）      |

|  |
| --- |
| **家庭优先考虑事项：** （我们现在从哪里开始才能对您的家庭产生影响？）      |

|  |
| --- |
| **有助于满足孩子和家庭需求的优势和资源：** （包括为您的家人提供支持系统的人，如亲戚、家人的朋友、同事以及任何机构或服务。还包括孩子和家人喜欢做的活动和度假方式，如游乐场、图书馆故事时间、去公园、野餐等。）      |

|  |
| --- |
| **附加信息：** 还有什么您想让我们知道，在我们计划支持和服务以解决对您的孩子和家庭最重要的问题时可能有所帮助的内容吗？       |

**孩子当前的技能和能力**：

IFSP 的这一部分列明孩子的优势和需求，孩子感兴趣和激励孩子的人、地方和事情，以及孩子的好恶。CDSA 使用多种方法来观察孩子的发展情况：标准化测试、记录审查、临床观察和家长报告。我们收集的信息告诉我们，到目前为止，您的孩子已经发展出了哪些技能和行为，以及您的孩子是如何结合和使用这些技能和行为来参与日常活动的。技能和行为分为五个领域（发展领域）。

|  |  |
| --- | --- |
| **评价/评估日期：** | **参与人员：** |
| **儿童年龄：** | **调整后的年龄：** |
| **使用的评价/评估工具/其他方法：**       |
| **发展领域** | **技能和能力** |
| **事情****（孩子的姓名）进展顺利** | **（孩子的姓名）的挑战或下一步行动** |
| **社交/情感能力**（与他人交流、表达自己的感受，在一天中应对各种情况的信息） |       |       |
| **适应能力**（能够在日常活动中自主进行进食、穿衣、如厕、睡觉和满足需求等活动） |       |       |
| **认知能力**（思考和学习，孩子如何解决问题） |       |       |
| **沟通能力**（理解单词和手势（接受性语言），使用声音、单词和姿势（表达性语言） |       |       |
| **身体发育**（单纯用手及结合眼睛和手进行控制和协调（精细运动）、孩子的力量、肌肉的协调和平衡（粗运动） |       |       |

**儿童健康信息：**

|  |
| --- |
| **基于对相关记录和/或家长报告的审查，对儿童当前健康状况的总结。*（这可能包括孩子的出生史、医疗状况或诊断、疾病、住院、药物、视力和听力状况或其他信息）：***      |
| **团队还应该了解您孩子的哪些健康状况，以便我们能够更好地规划并为您的孩子和家人提供支持和服务？**       |

**儿童评估**

### 包括孩子在日常环境中的功能评估和观察摘要。本节中注明的信息可能包括初始儿童评估或正在进行的儿童评估的摘要。IFSP 的该部分信息有助于确定最适合满足孩子特定需求的支持和服务。请列出评估参与者、程序、结果以及孩子的独特优势和需求。如果这是一项初步儿童评估，则涉及所有发展领域。

### 儿童功能评估：

* 基于对孩子在自然环境中与其认识的人一起进行的日常活动的持续观察
* **让家人和看护者成为积极参与者**
* **针对每个孩子的独特学习方式进行个性化设置**
* **反映发展和学习植根于文化并得到家庭的大力支持**
* **跨活动环境集成信息**

|  |  |
| --- | --- |
| **日期** | **描述** |
|  |       |

**初步评价和/或儿童评估结果：**

|  |
| --- |
|       |
|  |  |  |
| **评估人签名**  |  | **日期** |
|  |  |  |
| **评估人签名**  |  | **日期** |
|  |  |  |
| **评估人签名** |  | **日期** |

结果必须是可衡量的，并反映出家庭希望自己和孩子发生的变化。

|  |  |
| --- | --- |
| **结果编号****您和您的家人希望您的孩子/家人在接下来的六个月里发生什么变化？**（结果必须是功能性的，并在日常生活和活动的背景下。）      | **现在发生了什么与该结果有关的事情？您的家人目前在做什么来支持实现这一结果？**（请说明您的孩子和/或家庭与期望的改变/结果相关的功能。）      |
| **您的家人和团队将以何种方式努力实现这一结果？谁将提供支持，他们会做什么？**（请说明将用于支持您的孩子/家庭在日常生活和活动中实现目标的方法和策略。列出谁将做什么。）      | **我们如何知道我们已经取得了进展，或者是否需要对结果、策略或服务进行修订？**（我们将看到哪些可观察到的，表明正在取得进展的行动或行为？是否有其他程序用于衡量进展情况？将使用哪些现实的时间表来确定进展情况？）     **开始日期：****目标日期：** |
| **我们做得怎么样？**（审核进度说明/成功标准） |
| 日期： |      | 已实现。我们做到了！ |
| 日期： |      | 继续。我们已经成功了一半。让我们继续前进。 |
|  |  |
|  |
| **情况发生了变化：** |
| 日期： |      | 中止。不再适用。 |
| 日期： |      | 修改。让我们尝试一些不同的东西。 |
| 日期： |      | 解释/注释       |
|  |  |

|  |
| --- |
| **早期干预服务的主要地点：** |
| **早期干预服务** | **提供方**  | **预计开始日期** | **实际开始日期** | **位置/最自然的环境** | **频率/时长/强度/方法**  | **付款安排和家庭费用** | **预计持续时间** | **结束日期** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **其他服务：** | **提供方：** | **开始日期：** | **结束日期：** | **如果需要，早期干预 (EI) 将如何帮助家庭获得其他服务：** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**联邦法规要求在自然环境中提供早期干预服务，并且仅当在自然环境中不能令人满意地实现结果时，才可以在其他环境中提供。必须在下面注明证明 IFSP 团队关于在自然环境中无法令人满意地实现结果的决定的理由。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **结果编号** | **服务** | 1. **讨论结果无法在自然环境中实现的原因和理由**
 | 1. **说明如何将干预措施推广到儿童和家庭的日常生活和活动中**
 | 1. **确定将干预措施引入自然环境的步骤**
 |
|      |       |       |       |       |
|      |       |       |       |       |
|      |       |       |       |       |
|      |       |       |       |       |
|      |       |       |       |       |
|      |       |       |       |       |
|      |       |       |       |       |
|      |       |       |       |       |
|      |       |       |       |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **衔接计划和活动** | **具体行动** | **负责人** | **开始日期** | **完成日期** |
| 1. **讨论早期干预的“衔接”意味着什么。**
 |       |       |       |       |
| 1. **讨论当孩子不再符合第三部分的资格时，可能的计划选项（包括学前特殊教育服务、开端计划、儿童保育和其他社区服务）**
 |       |       |       |       |
| 1. **孩子查找：**

**已通知孩子所在的公立学校单位 (PSU)。**  |       |       |       |       |
| 1. **如果父母同意，则向第二部分发送指定信息。**

 **是** **[ ]  否** **[ ]**  |       |       |       |       |
| 1. **为家长提供一个机会，使之与当地教育机构和/或其他社区项目代表会面，酌情从中获取信息，并会面制定衔接计划，包括步骤、活动和衔接服务。**
 |       |       |       |       |
| 1. **制定程序，让孩子为服务提供方面的变化做好准备，包括帮助孩子适应新环境并在新环境中生活的步骤。**
 |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **预先书面通知** |
| **事先书面通知的原因：** 北卡罗来纳州婴幼儿计划 (NC ITP) 建议或拒绝启动或改变为您的孩子和家人提供早期干预服务的，需提前十 (10) 天书面通知家长。您可能会同意建议的行动尽快进行，而不是等待十 (10) 天。 **建议采取的行动：**根据服务提交计划，启动 IFSP 上所列的经同意的服务。**采取行动的原因**：在讨论了所有评价/评估信息，包括家庭观察、关切、优先考虑事项和资源后，包括家庭在内的 IFSP 团队成员就为实现既定结果而提供的早期干预服务和其他支持达成一致。 |
| **权利通知和程序保障** |
|       | *（首字母）*本人已收到本事先书面通知随附的***北卡罗来纳州婴幼儿计划通知——儿童和家庭权利***。这些信息包括所有可用的程序保障措施，包括对申诉程序和这些程序的时间表的描述。这些权利均已告知本人，本人表示了解。 |
| **提供早期干预服务的家长同意书** |
| 本人参与了该 IFSP 的制定。本人了解，本人可自愿选择是否同意，并可以随时以书面形式撤销同意。本人了解，本人可以在不影响任何其他早期干预服务的情况下拒绝一项或多项服务。本人了解，除非本人书面同意，否则本人的孩子不会接受 IFSP 上确定的 NC ITP 服务。 |
| **请勾选其中一项：** |
| [ ]  | **本人同意北卡罗来纳州婴幼儿计划和服务提供方提供 IFSP 上所列的 NC ITP 服务和活动。** |
| [ ]  | **本人拒绝让本人的孩子或家人收到：（具体说明）** |       |
|  | **-以及-** |       |
| **本人同意 NC ITP 和服务提供方提供所有其他 NC ITP 服务，并执行本 IFSP 上所列的所有其他活动，不包括本人在此处注明的服务。** |       |
|  |       |
| **保险/Medicaid 医疗补助结算同意书** |  |  |
|       | **（*首字母*）**本人已收到 **NC ITP 支付系统通知**的副本。本人已收到关于私人和公共保险保险金结算的通知，并表示理解。 |
|       | **（*首字母*）**本人子女的保险信息是最新且准确的。 |
|       | **（*首字母，如适用*）**本人了解，如果本人的孩子参加了商业保险和 Medicaid 医疗补助，在获得 Medicaid 赔偿之前，必须首先根据 Medicaid 保单结算私人保险。 |
| **请勾选其中一项：** |
| [ ]  | 本人同意 NC ITP 及其授权服务提供方为本人的孩子结算私人保险和/或 Medicaid 医疗补助，以用于本 IFSP 上确定的所有早期干预服务。本人特此授权发布处理保险索赔所需的医疗或临床信息。**-或-** |
| [ ]  | 本人同意 NC ITP 和授权服务提供方为本人的孩子结算私人保险和/或 Medicaid 医疗补助并备案，以用于本 IFSP 上确定的早期干预服务，**但**以下情况除外（*请具体说明*） |
|       |  |       |
| 父母/监护人签名和日期 |  | 父母/监护人签名和日期 |
|       |  |       |
| 早期干预服务协调员 (EISC) 签名和日期 |  | 机构代表或指定人员签名/机构和日期 |
|       |  |       |
| 其他签名和日期 |  | 其他签名和日期 |

|  |  |
| --- | --- |
| **审查日期**      |  |
|       |
| 审查周期  [ ]  半年度 [ ]  年度 [ ]  其他       | 下次审查的目标日期       |
| **预先书面通知**  |
| **事先书面通知的原因：** 北卡罗来纳州婴幼儿计划 (NC ITP) 建议或拒绝启动或改变为您的孩子和家人提供早期干预服务的，需提前十 (10) 天书面通知家长。您可能会同意建议的行动尽快进行，而不是等待十 (10) 天。**建议采取的行动：**根据服务提交计划，启动或变更 IFSP 上所列的经同意的服务。**采取行动的原因**：在讨论了所有评价/评估信息，包括家庭观察、关切、优先考虑事项和资源后，包括家庭在内的 IFSP 团队成员就为实现既定结果而提供的早期干预服务和其他支持达成一致。 |
| **权利通知和程序保障** |
|       | 本人已收到本事先书面通知随附的***北卡罗来纳州婴幼儿计划通知——儿童和家庭权利***。这些信息包括所有可用的程序保障措施，包括对申诉程序和这些程序的时间表的描述。这些权利均已告知本人，本人表示了解。 |
| **提供早期干预服务的家长同意书** |
| 本人参与了该 IFSP 的制定。本人了解，本人可自愿选择是否同意，并可以随时以书面形式撤销同意。本人了解，本人可以在不影响任何其他早期干预服务的情况下拒绝一项或多项服务。本人了解，除非本人书面同意，否则本人的孩子不会接受 IFSP 上确定的 NC ITP 服务。  |
| **请勾选其中一项：** |
| [ ]  | **本人同意北卡罗来纳州婴幼儿计划和服务提供方提供 IFSP 上所列的 NC ITP 服务和活动。** |
| [ ]  | **本人拒绝让本人的孩子或家人收到：（具体说明）** |       |
| -**以**及- |       |
| **本人同意 NC ITP 和服务提供方提供所有其他 NC ITP 服务，并执行本 IFSP 上所列的所有其他活动，不包括本人在此处注明的服务。**  |       |
|       |
| **保险结算同意书** |  |  |
|       | **（*首字母*）**本人已收到 **NC ITP 支付系统通知**的副本。本人已收到关于私人和公共保险保险金结算的通知，并表示理解。 |
|       | **（*首字母*）**本人子女的保险信息是最新且准确的。 |
|       | **（*首字母，如适用*）**本人了解，如果本人的孩子参加了商业保险和 Medicaid 医疗补助，在获得 Medicaid 赔偿之前，必须首先根据 Medicaid 保单向商业保险结算 |
| **请勾选其中一项：** |
| [ ]  | 本人同意 NC ITP 及其授权服务提供方为本人的孩子结算私人保险和/或 Medicaid 医疗补助，以用于本 IFSP 上确定的所有早期干预服务，包括频率、长度、持续时间或强度的增加。本人特此授权发布处理保险索赔所需的医疗或临床信息。**-或-** |
| [ ]  | 本人同意 NC ITP 和授权服务提供方为本人的孩子结算私人保险和/或 Medicaid 医疗补助并备案，以用于任何新增早期干预服务或本 IFSP 审核会期间确定的服务频率、长度、持续时间或强度的任何增加，**但**以下情况除外（*请具体说明*） |
| **家庭结果摘要评审** |
| [ ]  | 半年度评审中讨论了本《家庭结果调查表》。本人有机会完成调查。 |
|       |  |       |
| 父母/监护人签名和日期 |  | 父母/监护人签名和日期 |
|       |  |       |
| 早期干预服务协调员 (EISC) 签名和日期 |  | 机构代表或指定人员签名/机构和日期 |
|       |  |       |
| 其他签名和日期 |  | 其他签名和日期 |