|  |
| --- |
| **Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста**  **Индивидуальный план семейного обслуживания (IFSP)** |

|  |
| --- |
| Важные даты и события |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Имя ребенка:** | |  | | | | | | |
| **Дата рождения:** | |  | | | **Пол: ☐ Мужской ☐ Женский** | | | |
| **Возраст на момент направления:** | |  | | | **Дата обращения:** | |  | |
| **Дата собрания по IFSP:** | |  | | | **Дата начала действия** **IFSP:** | |  | |
| **Дата промежуточного IFSP** | |  | | **☐ Нет данных** |  | | | |
| **Имена родителей:** | |  | | | **Имена родителей:** | |  | |
| **Адрес:** | |  | | | **Адрес:** | |  | |
| **Город/Штат/Почтовый индекс** | |  | | | **Город/Штат/Почтовый индекс:** | |  | |
| **Номер (а) телефона:** | | (   )    -  **Рабочий  Домашний**  **сотовый**  (   )    -  **Рабочий  Домашний**  **сотовый**  (   )    -  **Рабочий  Домашний**  **сотовый** | | | **Номер (а) телефона:** | | | (   )    - |
|  | | | **Рабочий  Домашний**  **сотовый**  (   )    -  **Рабочий  Домашний**  **сотовый**  (   )    -  **Рабочий  Домашний**  **сотовый** |
| **Адрес(а)электронной почты** | |  | | | **Адрес(а)электронной почты** |  | | |
| **Язык родителя:** | |  | | | **Язык ребенка:** |  | | |
| **Резидентский школьный округ:** | | |  | | | | | |
| **Округ:** |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Имя** | **Отношения/Роль** | **Номер телефона** | **Адрес** | **Дата начала** | **Дата окончания** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Проблемы и приоритеты вашей семьи, связанные с функционированием и обучением вашего ребенка, находятся в центре внимания Индивидуального семейного плана семейного обслуживания вашей семьи (IFSP), включая результаты или цели. Информация, которую вы решите предоставить о сильных сторонах, ресурсах и поддержке вашей семьи, очень важна и полезна, поскольку мы все работаем вместе, чтобы достичь желаемых результатов для вашего ребенка и семьи.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата завершения оценки семьи:** | **Участники/члены команды:** | **Наименование инструмента семейной оценки** |

|  |
| --- |
| **Сферы заботы семьи:** Проблемы семьи: (Опишите проблемы или трудности, с которыми ваш ребенок и/или семья сталкиваются в повседневной деятельности и рутине.) |

|  |
| --- |
| **Приоритеты семьи**: (С чего мы могли бы начать прямо сейчас, что могло бы изменить жизнь вашей семьи?) |

|  |
| --- |
| **Сильные стороны и ресурсы, которые помогают удовлетворить потребности вашего ребенка и семьи**: (Включите людей, которые обеспечивают систему поддержки для вашей семьи, таких как родственники, друзья семьи, коллеги, а также любые агентства или службы. Также включите мероприятия и экскурсии, что ваш ребенок и семья любят делать, например, игровые группы, библиотечные рассказы, походы в парк, пикники и т. д.) |

|  |
| --- |
| **Дополнительная информация**: есть ли что-нибудь еще, что бы вы хотели, чтобы мы знали, что может быть полезно, поскольку мы планируем поддержку и услуги и подбираем решения того, что наиболее важно для вашего ребенка и семьи? |

**Нынешние навыки и способности ребенка**:

В этом разделе IFSP представлены сильные стороны и потребности вашего ребенка, люди, места и вещи, которые интересуют и мотивируют вашего ребенка, а также его/ее симпатии и антипатии. CDSA использует несколько методов для наблюдения за развитием вашего ребенка: стандартизированное тестирование, просмотр записей, клиническое наблюдение и отчет родителей. Данные, которые мы собрали, информирует нас о навыках и поведении, которые уже развиты у вашего ребенка, и о том, как ваш ребенок сочетает и использует эти навыки и поведение для участия в повседневной деятельности. Навыки и модели поведения разделены на пять доменов (областей развития).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Имя ребенка: | Дата рождения: | Возраст ребенка: | Скорректированный возраст: |
| **Дата (ы) анализа и оценки:** | | Кто участвовал в оценке | |
| **Процедуры и методы оценки/другие используемые методы:** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Сферы развития** | **Навыки и умения** | |
| **Things** **(child's name) Does Well** | **Challenges or Next Steps for** **(child's name)** |
| **Социальная/эмоциональная**  (как ребенок относится к другим людям, проявляет чувства, справляется с ситуациями в течение дня) |  |  |
| **Адаптивная**  (способность помогать себе в повседневной деятельности, включая питание, одевание, туалет, сон и удовлетворение потребностей) |  |  |
| **Познавательная**  (обучение и мышление, как ребенок справляется с проблемами) |  |  |
| **Речевая**  (понимание слов и жестов (рецептивный язык), использование звуков, слов и жестов (выразительный язык) |  |  |
| **Физическая**  (использование рук/ глаз и рук с одновременным контролем и координацией [мелкая моторика], сила ребенка, координация и баланс мышц для движения [общая моторика]) |  |  |

**Информация о здоровье ребенка:**

|  |
| --- |
| ***Сводная информация о текущем состоянии здоровья ребенка, основанная на обзоре соответствующих записей и/или отчете родителей. (Это может включать историю рождения ребенка, заболевания или диагнозы, болезни, госпитализации, принятие лекарственных препаратов, состояние зрения и слуха или другую информацию):*** |
| **Что еще должна знать команда о здоровье вашего ребенка, чтобы мы могли лучше планировать и предоставлять поддержку и услуги вашему ребенку и семье?** |

**Оценка ребенка**

### Включает краткое изложение функциональных оценок и наблюдений за ребенком в его/ее повседневной среде. Информация, указанная в этом разделе, может включать в себя краткое изложение начальной оценки ребенка или текущих оценок ребенка. В этом разделе IFSP содержится информация, которая поможет определить поддержку и услуги, наиболее подходящие для удовлетворения конкретных потребностей ребенка. Перечислите лиц, участвующих в оценке, процедурах, результатах и уникальных сильных сторонах и потребностях ребенка. Укажите информацию по всем сферам развития, если это первоначальная оценка ребенка.

### Функциональные оценки ребенка:

* **основана на постоянном наблюдении за ребенком, занимающимся повседневными делами с людьми, которых он знает, в естественных условиях.**
* **индивидуализированы с учетом уникального способа обучения каждого ребенка.**
* **отражают, что развитие и обучение уходят корнями в культуру и поддерживаются семьей.**
* **объединяют информацию в разных видах деятельности**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** | **Описание** |
|  |  |

**Первоначальная оценка и/или результаты оценки ребенка:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  |  |  |
| **Подпись специалиста** |  | **Дата** |
|  |  |  |
| **Подпись специалиста** |  | **Дата** |
|  |  |  |
| **Подпись специалиста** |  | **Дата** |

Результаты должны быть проанализированными и отражать изменения, которые семья хотела бы видеть для себя и своего ребенка.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Исходящий номер**Что бы вы и ваша семья хотели увидеть для вашего ребенка/семьи в ближайшие шесть месяцев? (Результат должен быть функциональным и соответствовать повседневным делам и занятиям.) | **Что сейчас происходит в связи с этим событиями? Что в настоящее время делает ваша семья для достижения этого результата?** (Опишите действия вашего ребенка и/или семьи, связанные с желаемыми изменениями/результатами.) | | |
| **Каким образом ваша семья и команда будут работать для достижения этого результата? Кто поможет и чем они будут заниматься?** (Опишите методы и стратегии, которые будут использоваться для поддержки вашего ребенка/семьи в достижении ваших целей в вашей повседневной жизни и деятельности. Перечислите, кто и чем будет заниматься.) | **Как мы узнаем, что добились прогресса, или необходимо внести изменения в результаты, стратегии или услуги?** (Какое наблюдаемое действие или поведение покажет нам, что прогресс достигнут? Используются ли другие процедуры для измерения прогресса? Какие реалистичные временные рамки будут использоваться для определения прогресса?)  **Дата начала:**  **Установленный срок:** | | |
|  | **Что мы сделали?** (Обзор заявления о ходе работы/Критерии успеха) | | |
|  | Дата: |  | Достигнуто. Мы сделали это! |
|  | Дата: |  | Продолжать. Мы на полпути. Давайте продолжим. |
|  |  |  |  |
|  |  | | |
|  | **Ситуация изменилась:** | | |
|  | Дата: |  | Прекратить. Больше не применяется. |
|  | Дата: |  | Исправлять. Давайте попробуем что-нибудь другое. |
|  | Дата: |  | Пояснения/комментарии |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Услуга раннего вмешательства:** | | | | | | | | |
| **Услуга раннего вмешательства** | **Поставщик:** | **Прогнозируемая дата начала** | **Фактическая дата начала** | **Расположение/наиболее естественная среда** | **Частота/ Длина/ Интенсивность/ Метод** | **Порядок оплаты и стоимость для семьи** | **Ожидаемый результат** | **Дата окончания** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Другие услуги:** | **Поставщик:** | **Дата начала:** | **Дата окончания** | **Заполнить при необходимости, как раннее вмешательство (EI) поможет семье получить доступ к другим услугам:** | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |

**Федеральные правила требуют, чтобы услуги раннего вмешательства предоставлялись в естественной среде и могут предоставляться только в других условиях, когда результаты не могут быть удовлетворительно достигнуты в естественной среде. Обоснование в поддержку решения группы по разработке IFSP о том, что результат не может быть удовлетворительно достигнут в естественной среде, должно быть задокументировано ниже.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Номер общего результата** | **Услуга** | 1. **Обсудите усилия и обоснование того, почему результат не может быть достигнут в естественной среде** | 1. **Опишите, как вмешательство будет распространено на распорядок дня и деятельность ребенка и семьи.** | 1. **Определите шаги для переноса вмешательства в естественную среду** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Планы перехода и действия** | **конкретные меры** | **Ответственное лицо** | **Дата начала** | **Дата завершения** |
| 1. **Обсудите, что означает «переход» от раннего вмешательства.** |  |  |  |  |
| 1. **Обсудите возможные варианты программы (включая услуги дошкольного специального образования, Head Start, уход за детьми и другие общественные услуги), которые могут быть доступны, когда ребенок больше не соответствует критериям участия , установленных в Законе, в Части C.** |  |  |  |  |
| 1. **Детская находка:**   **Отдел государственной школы (PSU), где проживает ребенок, был уведомлен.** |  |  |  |  |
| 1. **Отправьте конкретную информацию в части Б, если предоставлено согласие родителей. Да** **Нет** |  |  |  |  |
| 1. **Предоставьте родителям возможность встретиться и получить информацию от местного агентства образования и/или других представителей общественных программ, если это уместно, и встретиться для разработки плана перехода с этапами, мероприятиями и услугами.** |  |  |  |  |
| 1. **Разработайте процедуры для подготовки ребенка к изменениям в предоставлении услуг, включая шаги, которые помогут ребенку приспособиться к новым условиям и функционировать в них.** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Предварительное письменное уведомление** | | | | | |
| **Причина предварительного письменного уведомления**: Предварительное письменное уведомление должно быть предоставлено родителям за десять (10) дней до того, как Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста (NC ITP) предложит или откажется инициировать или изменить предоставление услуг раннего вмешательства для вашего ребенка и семья. Вы можете согласиться на то, чтобы предлагаемые действия были выполнены раньше и не ждать десять (10) дней.  **Предлагаемое действие**: инициировать услуги, перечисленные в IFSP, для которых предоставлено согласие, в соответствии с планом предоставления услуг.  **Основания для принятия мер**: после обсуждения всей информации об оценке/анализе, включая семейные наблюдения, опасения, приоритеты и ресурсы, команда по разработке IFSP, включая семью, согласится на услуги раннего вмешательства и другую поддержку, которые должны быть предоставлены для достижения установленных результатов. | | | | | |
| **Уведомление о правах и процедурных гарантиях** | | | | | |
|  | *(инициалы)*Я получил копию ***Уведомления о правах ребенка и семьи в******программе штата Северная Каролина для младенцев и******детей ясельного возраста*** вместе с этим предварительным письменным уведомлением. Эта информация включает в себя все доступные процедурные гарантии, включая описание процедур рассмотрения жалоб и сроки этих процедур. Мне объяснили эти права, и я их понимаю. | | | | |
| **Согласие родителей на предоставление услуг раннего вмешательства** | | | | | |
| Я участвовал в разработке этого IFSP. Я понимаю, что мое согласие является добровольным и может быть отозвано в письменной форме в любое время. Я понимаю, что могу отказаться от услуги или услуг, не ставя под угрозу выполнение других услуг раннего вмешательства. Я понимаю, что мой ребенок не будет получать услуги NC ITP, указанные в IFSP, если я не дам свое письменное согласие. | | | | | |
| **Проверьте одно из следующего:** | | | | | |
|  | **Я даю согласие на предоставление программой штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста и поставщиками услуг услуг и мероприятий Программы штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста, перечисленных в Индивидуальном плане.** | | | | |
|  | **Я отказываюсь от получения моим ребенком или семьей: (укажите)** | | | |  |
|  | **— И —** | | | |  |
| **Я даю согласие на то, чтобы** NC ITP **и поставщики услуг предоставляли все другие услуги предусмотренные** NC **и выполняли все другие действия, перечисленные в этом IFSP, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ услуги или услуг, которые я указал выше.** | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **Согласие на выставление счетов на страхование/медикейд (медпомощь)** | | |  |  | |
|  | | (Инициалы) Я получил копию **Системы уведомления о** **платежах** NC ITP. Уведомления, связанные с выставлением счетов за частные и государственные страховые выплаты, были мне разъяснены, и я их понимаю. | | | |
|  | | ***(Инициалы)*** Информация о страховании моего ребенка актуальна и точна. | | | |
|  | | (Инициалы**, если применимо**) Я понимаю, что если мой ребенок застрахован частной страховкой и программой медпомощи, то в соответствии с политикой Медикейд сначала должен быть выставлен счет на частную страховку, прежде чем можно будет получить доступ к льготам медпомощи. | | | |
| **Отметьте одно из следующего** | | | | | |
|  | | Я даю согласие на то, чтобы NC ITPи уполномоченных поставщиков услуг выставляли счета частной страховке и/или медпомощи для моего ребенка за все услуги раннего вмешательства, указанные в этом Индивидуальном плане, включая увеличение частоты, продолжительности или интенсивности. Я разрешаю раскрытие медицинской или клинической информации, необходимой для обработки данных страховой компанией **— ИЛИ —** | | | |
|  | | Я даю согласие на то, чтобы NC ITPи уполномоченные поставщики услуг выставляли счет в частную страховую компанию и/или страховую компанию Медикейд, туда, где зарегистрирован мой ребенка, за любую новую услугу раннего вмешательства или за любое увеличение частоты, продолжительности или интенсивности услуг, определенных во время обсуждения IFSP), за **исключением следующего** *(пожалуйста)* | | | |
|  | | |  |  | |
| Подпись родителя/опекуна и дата | | |  | Подпись родителя/опекуна и дата | |
|  | | |  |  | |
| Подпись координатора службы раннего вмешательства (EISC) и дата | | |  | Подпись представителя агентства или назначенного лица/Агентство и дата | |
|  | | |  |  | |
| Другая подпись и дата | | |  | Другая подпись и дата | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата рассмотрения** | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| ЦИКЛА ОБЗОРА  ПОЛУГОДОВОЙ  ЕЖЕГОДНЫЙ  ДРУГОЙ | | | | | | | | | Целевая дата следующего обзора |
| **Предварительное письменное уведомление** | | | | | | | | | |
| **Причина предварительного письменного уведомления**: Предварительное письменное уведомление должно быть предоставлено родителям за десять (10) дней до того, как Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста (NC ITP) предложит или откажется инициировать или изменить предоставление услуг раннего вмешательства для вашего ребенка и семьи. Вы можете согласиться на то, чтобы предлагаемые действия были выполнены раньше и не ждали десять (10) дней.  **Предлагаемое действие**: инициировать услуги, перечисленные в IFSP, для которых предоставлено согласие, в соответствии с IFSP предоставления услуг.  **Основания для принятия мер**: после обсуждения всей информации об оценке/анализе, включая семейные наблюдения, опасения, приоритеты и ресурсы, команда IFSP, и включая семью, согласилась на услуги раннего вмешательства и другую поддержку, которые должны быть предоставлены для достижения установленных результатов. | | | | | | | | | |
| **Уведомление о правах и процедурных гарантиях** | | | | | | | | | |
|  | Я получил копию ***Уведомления о правах ребенка и семьи в******программе штата Северная Каролина для младенцев и******детей ясельного возраста*** вместе с этим предварительным письменным уведомлением. Эта информация включает в себя все доступные процедурные гарантии, включая описание процедур рассмотрения жалоб и сроки этих процедур. Мне объяснили эти права, и я их понимаю. | | | | | | | | |
| **Согласие родителей на предоставление услуг раннего вмешательства** | | | | | | | | | |
| Я участвовал в разработке этого IFSP. Я понимаю, что мое согласие является добровольным и может быть отозвано в письменной форме в любое время. Я понимаю, что могу отказаться от услуги или услуг, не ставя под угрозу другие услуги раннего вмешательства. Я понимаю, что мой ребенок не будет получать услуги Программы штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста, указанные в Индивидуальном плане, если я не даю свое письменное согласие. | | | | | | | | | |
| **Проверьте одно из следующего:** | | | | | | | | | |
|  | | **Я даю согласие на предоставление программой штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста и поставщиками услуг услуг и мероприятий Программы штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста, перечисленных в Индивидуальном Плане.** | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | |
| **— И —** | | | | | | |  | | |
| **Я даю согласие на то, чтобы** NC ITP **и поставщики услуг предоставляли все другие услуги** NC ITP **выполняли все другие действия, перечисленные в этом** IFSP**, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ услуги или услуг, которые я указал здесь.** | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | |  | | |
| **Согласие на страхование счетов** | | | |  | |  | | | |
|  | | (Инициалы) Я получил копию **Системы уведомления о** **платежах** NC ITP. Уведомления, связанные с выставлением счетов за частные и государственные страховые выплаты, были мне разъяснены, и я их понимаю. | | | | | | | |
|  | | ***(Инициалы***) Информация о страховании моего ребенка актуальна и точна. | | | | | | | |
|  | | (Инициалы**, если применимо**) Я понимаю, что если мой ребенок застрахован частной страховой компанией или программой Медикейд, то в соответствии с политикой Медикейд сначала должен быть выставлен счет на частную страховую компанию, прежде чем можно будет получить доступ к льготам медпомощи. | | | | | | | |
| **Проверьте одно из следующего:** | | | | | | | | | |
|  | | Я даю согласие на то, чтобы NC ITPи уполномоченные поставщики услуг выставляли счета частной страховке и/или страховке Медикейд для моего ребенка за все услуги раннего вмешательства, указанные в этом IFSP, включая увеличение частоты, продолжительности, продолжительности или интенсивности. Я разрешаю раскрытие медицинской или клинической информации, необходимой для обработки страхового требования. **— ИЛИ —** | | | | | | | |
|  | | Я даю согласие на то, чтобы NC ITPштата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста и авторизованные поставщики услуг выставляли счет в счет частной страховой компании и/или Медикейд, зарегистрированной для моего ребенка, за любую новую услугу раннего вмешательства или за любое увеличение частоты, продолжительности, продолжительности или интенсивности услуг, определенных во время это собрания по рассмотрению IFSP, за **исключением следующего** *(пожалуйста, уточните))* | | | | | | | |
| Сводный обзор семейных результатов | | | | | | | | | |
|  | | | На полугодовом обзоре обсуждалось обследование итогов семьи. Мне дали возможность заполнить анкету. | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | |
| Подпись родителя/опекуна и дата | | | | |  | | Подпись родителя/опекуна и дата | | |
|  | | | | |  | |  | | |
| Подпись координатора службы раннего вмешательства (EISC) и дата | | | | |  | | Подпись представителя агентства или назначенного лица/Агентство и дата | | |
|  | | | | |  | |  | | |
| Другая подпись и дата | | | | |  | | Другая подпись и дата | | |