|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی*** | | | | | | | | | | |  | |
| ***دعوت به جلسه*** | | | | | | | | | | | | |
| نام طفل: | |  | | | | |  |  | برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی (NC ITP) موظف است قبل از تاریخ جلسه طرح خدمات فردی خانواده (IFSP) هماهنگی‌های لازم را با خانواده و سایر شرکت‌کنندگان انجام دهد و به آنها **کتباً اطلاع** دهد تا خانواده و فراهم کنندگان خدمات بتوانند در جلسه شرکت کنند. | | | | |
| تاریخ تولد: | | |  | | | |  |  |  | | | | |
|  | | | | | | |  |  |  | | | | |
| محترم/محترمه      ،  میخواهم تاریخ جلسه تیم IFSP که قبلاً برای طفل تان در مورد آن بحث شده بود، را تأیید کنم.  این جلسه با هماهنگی خانواده شما برگزار شده است. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  |  |  | | | | | |  | |
| *تاریخ* | | |  | *وقت* |  | *موقعیت / آدرس* | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |
| **نوعیت جلسه (همه گزینه ها که اعمال می شود، را انتخاب کنید):** | | | | | | | | | | | | |
|  | جلسه برای تدوین طرح شخصی سازی شده اولیه خدمات خانواده | | | | | | | | | | | |
|  | جلسه برای اصلاح یا بررسی طرح شخصی سازی شده خدمات خانواده | | | | | | | | | | | |
|  | جلسه سالانه برای ارزیابی طرح شخصی سازی شده خدمات خانواده | | | | | | | | | | | |
|  | جلسه برنامه‌ریزی انتقال برای اضافه کردن طرح انتقال به طرح شخصی سازی شده خدمات خانواده طفل تان | | | | | | | | | | | |
|  | کنفرانس برنامه‌ریزی انتقال برای بررسی طرح انتقال  (تاریخ واجد شرایط بودن برای NC ITP را ذکر کنید): | | | | | | | | | زبان اصلی: | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***طرح خدمات خانوادگی شخصی‌سازی‌شده (IFSP)***  IFSP طرح کتبی خانواده شما برای ارائه خدمات مداخله زودهنگام به شما و طفل تان است. این توضیح می‌دهد که چگونه شما و تیم مداخله زودهنگام شما برای رسیدگی به نیازهای شناسایی شده برای طفل و خانواده‌تان با هم همکاری خواهید کرد. والدین بخش حیاتی تیم IFSP و پروسه تصمیم‌گیری هستند. جلسه اولیه IFSP باید ظرف 45 روز تقویمی از زمانی که طفل شما به NC ITP راجع می شود، تکمیل شود، مگر اینکه این جدول زمانی را برای رفع نیازهای خانواده تان تمدید کنید. IFSP باید حداقل هر شش ماه یکبار مورد بررسی قرار گیرد و یک جلسه سالانه برای ارزیابی و در صورت لزوم اصلاح IFSP برگزار شود. | |
| ***برنامه ریزی انتقال/تغییر***  وقتی طفل شما بین دو سال، سه ماه و دو سال ، نه ماه سن داشته باشد، جلسات برای بحث و برنامه‌ریزی پروسه انتقال (تغییر) برنامه‌ریزی خواهد شد. با تأیید شما، هماهنگ‌کننده خدمات شما جلسه‌ای را با شما و نمایندگان سیستم مکاتب محلی تشکیل خواهد داد. با رضایت شما، امکان دارد سایر سازمان‌های اجتماعی نیز دعوت شود. | |
| شما رضایت خود را برای دعوت افراد ذیل به جلسه یا اطلاع رسانی در مورد آن داده اید و آنها یک کاپی از این اطلاعیه را دریافت خواهند کرد. اعضای تیم IFSP معلومات لازم برای توسعه یا بررسی IFSP را ارائه خواهند داد. امکان دارد آنها واقعاً در جلسه حضور نداشته باشند، اما ممکن است معلومات کتبی یا شفاهی ارائه دهند. همه این معلومات در جلسه با شما به اشتراک گذاشته خواهد شد. شما می توانید هر کسی را که می خواهید، برای اشتراک به جلسه دعوت نمائید. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام** | | **اداره** | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| اگر در مورد معلومات فوق کدام سوال دارید، لطفاً با من تماس بگیرید. | | | | | | | |
| با احترام، | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| *هماهنگ کننده خدمات مداخله در دوران طفولیت* |  | | *شماره تیلفون* | | | | |
|  | | | |  | Parents received a copy of this notice: | | |
|  | | | |  | Hand Delivered | | |
|  | | | |  | Mailed  Electronically sent - email/DocuSign/etc. | | |
|  | | | |  | Date: |  |  |
|  | | | |  |  | |  |