Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Подтверждение графика обслуживания по Индивидуальному плану семейного обслуживания (ИПСО)

ЦЕЛЬ: Предоставить письменное уведомление в отношении первоначальных консультаций по вопросам ИПСО, каждого пересмотра ИПСО, а также в отношении ежегодной встречи по вопросам ИПСО родителям и прочим участникам команды ИПСО для облегчения их участия в процессе.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	КООРДИНАТОР СЕМЕЙНЫХ РЕСУРСОВ

ФАМИЛИЯ И ИМЯ РОДИТЕЛЯ	ДАТА

Уважаемый(-ая)
Настоящим подтверждаю график консультаций/пересмотров ИПСО, который был предварительно обсужден с вашим ребенком. Консультации, в том числе с целью контроля/пересмотра ИПСО, с командой плана запланированы с учетом предпочтений вашей семьи; график их проведения может быть изменен в любое время. Консультации, в том числе с целью контроля/пересмотра ИПСО, запланированы на:

Дата	Время	*Место*

ТИП КОНСУЛЬТАЦИИ

- ☐ встреча с целью подготовки первоначального Индивидуального плана семейного обслуживания (ИПСО)
- ☐ встреча с целью подготовки годового Индивидуального плана семейного обслуживания (ИПСО)
- ☐ встреча с целью пересмотра или контроля выполнения Индивидуального плана семейного обслуживания (ИПСО)
- ☐ Консультация по вопросам планирования перехода на другой режим обслуживания

Как было указано, целью консультаций (в том числе для пересмотра/контроля плана ИПСО) является обсуждение вопросов, связанных с развитием вашего ребенка, а также подготовка плана обслуживания семьи, который включает в себя результаты, стратегии, услуги и средства поддержки, которые определены командой адекватными для вашего ребенка и семьи. Первоначальный ИПСО должен быть выполнен в течение 45 календарных дней с даты направления вашего ребенка в программу ESIT (вы можете продлить этот срок, если это отвечает интересам семьи). Таким образом ИПСО необходимо пересматривать каждые шесть месяцев; предусматривается ежегодная встреча с целью контроля эффективности ИПСО и его пересмотра в случае необходимости.

Лица, приглашенные к участию, которые предоставят информацию для подготовки ИПСО, указаны ниже. Они могут физически не присутствовать на консультации, но предоставят письменную *или* устную информацию. Вся информация будет предоставлена вам во время встречи/консультации. Вы можете пригласить всех желающих участвовать во встрече/консультации.

ФАМИЛИИ/ИМЕНА, НАЗВАНИЯ (ЛИЦА И/ИЛИ ПОСТАВЩИКИ УСЛУГ)	СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ

Позвоните мне, если у вас есть вопросы в отношении приведенной выше информации или графика. С уважением,

Фамилия, имя/должность	*Номер телефона*	*Адрес электронной почты*

Копия: Участники команды IFSP (перечислены ниже)

Примечание: Родители получили копию этой формы ☐ по почте ☐ курьером