



Индивидуальный план семейного обслуживания (ИПСО)

В соответствии с IDEA, Часть С, Индивидуальный план семейного обслуживания (IFSP) необходим для того, чтобы расширить возможности семей, стремящихся удовлетворить потребности детей в возрасте от рождения до трех лет, имеющих задержки в развитии, вызванные пороками развития.

Тип и дата ИПСО: Первоначальный ИПСО _____ Ежегодный ИПСО _____
 Промежуточный ИПСО _____ Пересмотр ИПСО _____

I. Информация о ребенке и семье

Имя и фамилия ребенка:	
Дата рождения:	Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Родители/опекуны Имена и фамилии:	Лица, заменяющие родителей: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Адрес(а)	
Город/Штат/Индекс:	
() - Рабочий <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>	() - Рабочий <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>
() - Рабочий <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>	() - Рабочий <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>
() - Рабочий <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>	() - Рабочий <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>
Адрес(а) электронной почты	
Этническое происхождение:	
Основной язык семьи:	Необходим переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Школьный округ проживания:	
Обслуживаемая территория:	
Альтернативное контактное лицо:	
Отношение к ребенку:	
Адрес	
Город/Штат/Индекс:	
() - Рабочий <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>	() - Рабочий <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>
() - Рабочий <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>	() - Рабочий <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>
() - Рабочий <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>	() - Рабочий <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>
Адрес электронной почты:	
Кто проживает в вашей семье?	
Опишите предыдущие услуги с целью оценки корректности/характеристик развития, раннего вмешательства и /или терапии, предоставленные ранее (если таковые предоставлялись):	

Информация о координаторе ресурсов семьи

Данные координатора ресурсов семьи	
Фамилия, имя:	
Агентство	
Адрес агентства:	
Город/Штат/Индекс	
Номер телефона: () -	Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>
Адрес электронной почты:	

Информация о направлении, медицинская информация, информация о состоянии здоровья

Дата направления:		
Причина направления:		
Кто направил:		
Адрес:		
Город/Штат/Индекс		
Номер телефона: () -	Факс: () -	Адрес электронной почты:

Информация о первичном уходе

Информация о первичном уходе		
Поставщик основных услуг:		
Адрес:		
Город/Штат/Индекс		
Номер телефона: () -	Факс: () -	Адрес электронной почты:

Информация о здоровье ребенка

Краткая информация о состоянии здоровья ребенка на основании соответствующей документации (данные о рождении ребенка, медицинских состояниях или диагнозах (например, аллергии), заболеваниях, случаях госпитализации, медикаментах, проверках зрения и слуха, других проверках в рамках контроля развития):

Что еще команде необходимо знать о состоянии здоровья ребенка, чтобы мы могли эффективнее спланировать наши действия и обслуживание, необходимое вашему ребенку и семье?

II. Порядок организации быта и повседневная деятельность ребенка/семьи

Понимание принципов организации быта и повседневной деятельности детей и семей поможет команде определить различные возможности обеспечения получения детьми знаний в процессе развития.

Где ваш ребенок проводит день? Кто принимает участие? Как вы можете описать отношения вашего ребенка с вами и людьми, с которыми они больше всего проводят время в различной обстановке?

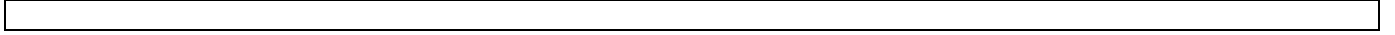
Что больше всего приносит радость/удовольствие вашему ребенку (игрушки, общение с теми или иными людьми, нахождение в тех или иных местах, те или иные виды деятельности и т.д.)?

Чем и почему вы любите заниматься семьей? Кто принимает участие? Когда это происходит?

Какие виды деятельности и отношения являются эффективными/успешными?

Какие виды правил организации быта/виды деятельности являются наиболее сложными или раздражающими для вас или для вашего ребенка, если таковые имеются?

Есть ли виды деятельности/занятия, которые/которыми ваш ребенок или ваша семья не могут выполнять/заниматься из-за потребностей/особенностей вашего ребенка, но которые представляют или будут в ближайшем будущем представлять для вас интерес?



Семейные проблемы, ресурсы, приоритеты

Семейные проблемы и приоритеты обуславливают результаты ИПСО. Ресурсы семьи и средства поддержки имеют важное значение в обеспечении поддержки и желаемых перемен, а также в обеспечении функционирования ребенка и приобретения им знаний. Семьи могут предоставлять только ту информацию, которую им удобно предоставлять.

Я предпочитаю **не** делиться информацией о своих проблемах, приоритетах и ресурсах, а также/или не включать эту информацию в ИПСО. Я понимаю, что если мой ребенок имеет право, он/она все еще может получить соответствующее обслуживание, определенное командой ИПСО, если я приму решение не заполнять этот раздел.

_____ (инициалы родителя)

Краткое резюме по семейным проблемам: *(исходя из вызовов на уровне порядка организации быта и повседневной деятельности)*

Приоритеты семьи: *(исходя из обозначенных выше проблем)*

Сильные стороны, ресурсы, имеющиеся у семьи, необходимые для удовлетворения потребностей ребенка: *(включая семью, друзей, общественные группы, программы финансовой поддержки и т.д., которые вам помогают/которыми вы пользуетесь)*

Помимо уже предоставленной вами информации, есть ли дополнительные проблемы, о которых вы не рассказали, либо о которых вы узнали от других, но они имеют отношение к вашему ребенку? Есть ли другая информация, которой вы хотели бы поделиться с нами, и которая поможет нам, совместно с вами, запланировать применение средств поддержки и обслуживание, которое поможет удовлетворить самые существенные потребности ребенка и семьи?

III. Текущий уровень развития ребенка

Понимание функциональных способностей ребенка, которые определяются в режиме оценки состояния и обследования (включая наблюдения, отчеты родителей, тесты), поможет команде (и родителям) запланировать средства поддержки и услуги, которые будут стимулировать познавательные процессы в организме ребенка.

Область развития	Описание навыков (умений)/статуса (состояния) (перечислите навыки/умения/способности ребенка в каждой зоне развития/опишите его статус; включите информацию о сенсорных способностях в каждой области)	Уровень развития (% задержки, стандартное возрастное отклонение, возрастной эквивалент)	Источник информации (измеренные показания, отчет родителей, наблюдения)	Фамилия и имя лица, проводящего обследование, дата оценки/обследования
Адаптивные Питание, прием пищи, одевание, сон <i>(к примеру, держит бутылочку; тянется за игрушкой, помогает одевать себя)</i>				
Когнитивные Мыслительный и познавательный процессы <i>(к примеру, смотрит на упавшую игрушку; тянет за веревку на игрушке; решает простые задачи на сообразительность)</i>				
Экспрессивная коммуникация Издает звуки, жестикулирует, говорит <i>(к примеру, артикулирует звуки; указывает на предметы, выражая желание; использует не менее 2 слов)</i>				
Рецептивная коммуникация Понимает слова и жесты <i>(пример, смотрит, когда слышит имя; указывает на части тела и известные предметы, когда слышит их названия; следует простым указаниям в 1 и 2 этапа; понимает простые слова)</i>				
Физические способности: Мелкая моторика Использует руки и пальцы <i>(к примеру, тянется к игрушкам и пользуется ими; поднимает виноградинки; нанизывает бусинки)</i>				
Физические способности: Крупная моторика Передвижение и работа большими мышцами <i>(к примеру, перекачивается с живота на спину; самостоятельно сидит; ходит с поддержкой)</i>				
Социальные/эмоциональные навыки Взаимодействие с окружающими <i>(к примеру, улыбается и демонстрирует радость; хорошо держит зрительный контакт; просит помощи у знакомых нянек; понимает порядок очереди; делится игрушками)</i>				

<p>Зрение <i>(к примеру, успешно проходит тест InfantSee в возрасте до 12 месяцев ; зрительно отслеживает объекты, внимательно смотрит на лица знакомых людей, использует другие зрительные навыки, свойственные возрасту .</i></p>			
<p>Слух <i>(к примеру, успешно проходит проверку слуха для новорожденных в возрасте до 12 месяцев; демонстрирует развитие языковых/речевых и слуховых функций в соответствии с возрастом</i></p>			

Предварительное определение наличия права на обслуживание по части Part C

Оценка состояния и обследование каждого ребенка с предварительным определением наличия права на раннее вмешательство по части Part C должна учитывать информированное мнение медицинского специалиста. Решение о праве выносится коллегиально.

<input type="checkbox"/> Ваш ребенок имеет право на обслуживание по части Part C, поскольку у него отмечается <i>(отметить один или несколько пунктов ниже)</i> :			
<input type="checkbox"/> Стандартное отклонение 1,5 или задержка в развитии на 25% в одной или нескольких областях <i>(отметить все, что имеет отношение к ребенку)</i> :			
<input type="checkbox"/> Когнитивная область <input type="checkbox"/> Социальное или эмоциональное развитие	<input type="checkbox"/> Физические способности: мелкая моторика <input type="checkbox"/> Экспрессивная коммуникация	<input type="checkbox"/> Физические способности: крупная моторика <input type="checkbox"/> Рецептивная коммуникация	<input type="checkbox"/> Адаптивная область
<input type="checkbox"/> Диагностированное состояние, которое, по всей вероятности, приведет к задержке в развитии (указать):			
<input type="checkbox"/> Информированное медицинское мнение <i>(отметьте, если это единственный способ, использованные для определения наличия прав)</i> :			
<p>Краткое резюме по информированному медицинскому мнению <i>(с учетом того, что информированное медицинское мнение должно использоваться в процессе обследования и оценки состояния, этот раздел необходимо заполнить вне зависимости от критериев, использованных для определения наличия прав)</i>:</p> 			

Краткое резюме по функциональным способностям

В данном разделе кратко приведена информация о том, каким образом ребенок пользуется своими навыками в различных направлениях, чтобы обеспечить собственное функционирование в различных обстоятельствах и ситуациях. В нем приведена информация, которая поможет команде (в том числе родителям) выработать разработать цели ИПСО, а также стратегии их достижения, и, таким образом, прогресс развития ребенка будет периодически контролироваться. Эта информация также помогает оформить Резюме по результатам для ребенка.

Позитивные навыки социального/эмоционального взаимодействия (в том числе социальные отношения): <i>(отношения со взрослыми; отношения с другими детьми; следование правилам, установленных для групп, или взаимодействие с окружающими)</i>
Резюме по функционированию ребенка:
Описательные характеристики результатов (выбрать один пункт):

Приобретение и использование знаний и умений (в том числе ранняя речь/общение): <i>(мышление, обоснование, запоминание и решение задач; понимание символов, понимание физического и социального мира)</i>
Резюме по функционированию ребенка:
Описательные характеристики результатов (выбрать один пункт):

Применение соответствующих алгоритмов поведения для удовлетворения собственных потребностей: <i>(удовлетворяет базовые потребности, к примеру, демонстрирует, что голоден(-на), одевается, принимает пищу, удовлетворяет «туалетные» потребности и т.д.; участвует в принятии мер по обеспечению собственного здоровья и безопасности, к примеру, следует правилам, участвует в мытье рук, не пытается есть несъедобные предметы (если старше 24 месяцев); передвигается с места на место (мобильность) и пользуется «инструментами» (к примеру, вилками, веревками, привязанными к предметам, и т.д..))</i>
Резюме по функционированию ребенка:
Описательные характеристики результатов (выбрать один пункт):

Обозначить дату описательных характеристик по инструкции команды: / /

Команда, проводящая обследование

В мероприятиях по проведению обследования и оценке участвовали:		
Имена и должности/звания/степени печатными буквами	Роль/организация	Оценочные мероприятия
		<input type="checkbox"/> Текущий уровень развития ребенка <input type="checkbox"/> Определение наличия права на обслуживание по части Part C <input type="checkbox"/> Информация, предоставленная для резюме по функциональным способностям <input type="checkbox"/> Участие в выборе пунктов описательных характеристик результатов
		<input type="checkbox"/> Текущий уровень развития ребенка <input type="checkbox"/> Определение наличия права на обслуживание по части Part C <input type="checkbox"/> Информация, предоставленная для резюме по функциональным способностям <input type="checkbox"/> Участие в выборе пунктов описательных характеристик результатов
		<input type="checkbox"/> Текущий уровень развития ребенка <input type="checkbox"/> Определение наличия права на обслуживание по части Part C <input type="checkbox"/> Информация, предоставленная для резюме по функциональным способностям <input type="checkbox"/> Участие в выборе пунктов характеристик результатов
		<input type="checkbox"/> Текущий уровень развития ребенка <input type="checkbox"/> Определение наличия права на обслуживание по части Part C <input type="checkbox"/> Информация, предоставленная для резюме по функциональным способностям <input type="checkbox"/> Участие в выборе пунктов описательных характеристик результатов
		<input type="checkbox"/> Текущий уровень развития ребенка <input type="checkbox"/> Определение наличия права на обслуживание по части Part C <input type="checkbox"/> Информация, предоставленная для резюме по функциональным способностям <input type="checkbox"/> Участие в выборе пунктов описательных характеристик результатов

Роль семьи в процессе составления резюме результатов для ребенка (отметьте только один пункт):
 Семья присутствовала во время обсуждения и при выборе описательных характеристик
 Семья присутствовала во время обсуждения, но не при выборе описательных характеристик
 Семья предоставила информацию, но не присутствовала при обсуждении

Информация семьи по вопросам функционирования ребенка (отметьте все, что имеет к вам отношение):

<input type="checkbox"/> Получена отдельно на встрече с командой	<input type="checkbox"/> Собрана	<input type="checkbox"/> Включена в оценку
<input type="checkbox"/> Не включена (приведите объяснения:)		

Инструменты/средства обследования/оценки состояния, обеспечивающие информацию для резюме по результатам для ребенка:

Другие источники информации (к примеру, наблюдения врача; информация от поставщика услуг по уходу за ребенком):

IV. Функциональные результаты ИПСО для детей и семей

Функциональные результаты должны ссылаться на изменения, которые семьи хотели бы наблюдать для себя и своих детей, исходя из приоритетов семьи и потребностей на уровне развития ребенка.

Результат № _____	Дата начала: _____ Целевая дата: _____
Какие изменения ваша семья хотела бы увидеть для вашего ребенка/семьи? <i>{Результат должен быть функциональным, измеряемым и в контексте организации быта и повседневной деятельности.}</i>	
Что происходит сейчас в сопоставлении с указанными изменениями? Какие меры ваша семья принимает в настоящее время, чтобы обеспечить желаемый результат? <i>(Опишите функционирование ребенка и/или семьи применительно к / в контексте обеспечения желаемых изменений / достижения желаемых результатов.)</i>	
В каком направлении ваша семья и команда будут работать на достижение таких результатов? Кто вам поможет, и каким образом? <i>(Опишите методы и стратегии, которые будут использоваться для поддержки вашего ребенка и семьи на пути к достижению желаемых результатов в рамках организации быта и повседневной деятельности. Приведите список лиц, ответственных за определенные участки работы, в частности услуги раннего вмешательства и неформальной поддержки, в том числе членов семьи, друзей, соседей, прихожан и прочие общественные организации, программы специального медицинского ухода, информационно-прикладные программы для родителей и т.д.)</i>	
Каким образом мы узнаем об успешности мер, или нужен ли пересмотр результатов или коррекция обслуживания? <i>(Какие критерии [т.е., действия по наблюдению или регистрация поведенческих проявлений, указывающих на прогресс], процедуры [т.е., наблюдения, отчеты, таблицы] и реальные временные графики будут использоваться?)</i>	
Каким образом мы действовали? <i>(Проверка отчетов о прогрессе/критерии успеха)</i> Дата: _____ Достигнуто: Мы это сделали! Дата: _____ Продолжать: Мы на пути к успеху. Продолжим путь.	
Ситуация изменилась: Дата: _____ Прекратить: Более неприменимо. Дата: _____ Пересмотреть: Попробуем другие способы. Дата: _____ разъяснения/комментарии:	

Функциональные результаты реализации ИПСО при поддержке координатора по семейным ресурсам на уровне доступа к ресурсам общины и средствам поддержки

Координация семейных ресурсов обеспечивается всем семьям, получающим услуги раннего вмешательства. Координатор по семейным ресурсам поможет вам идентифицировать и получить доступ к ресурсам общины и средствам поддержки, которые могут быть нужны вам и вашему ребенку, с учетом ваших текущих приоритетов. На странице описаны этапы и виды деятельности, которые вы и ваша команда предпримет, чтобы связать эти ресурсы с вами.

Результат № ___ Чего мы хотим достичь? (Желаемый результат)	Дата начала: _____ Целевая дата: _____
Кто за что отвечает? (Стратегии/меры)	
Дата контроля: Код прогресса (обвести один пункт): Достигнут Продолжать Прервать Пересмотреть Комментарии:	
Результат № ___ Чего мы хотим достичь? (Желаемый результат)	Дата начала: _____ Целевая дата: _____
Кто за что отвечает? (Стратегии/меры)	
Дата контроля: Код прогресса (обвести один пункт): Достигнут Продолжать Прервать Пересмотреть Комментарии:	
Результат № ___ Чего мы хотим достичь? (Желаемый результат)	Дата начала: _____ Целевая дата: _____
Кто за что отвечает? (Стратегии/меры)	
Дата контроля: Код прогресса (обвести один пункт): Достигнут Продолжать Прервать Пересмотреть Комментарии:	

V. Планирование переходного периода

План переходного периода предусматривает шаги и меры, направленные на поддержку детей и семей, уходящих с этапа раннего вмешательства и переходящих к другим общественным или школьным средствам/ресурсам поддержки.

Приоритеты и цели в рамках переходного периода для вашего ребенка:

Контактная информация по вопросам специального обучения для детей с особыми потребностями		
Специальное обучение для детей с особыми потребностями		
Имя и фамилия контактного лица:		
Номер телефона: () -	Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/>	Адрес электронной почты:

Требования и мероприятия для переходного периода	Этапы мероприятий	Роль ответственного лица	Дата начала	Дата выполнения
В любое время после первой встречи по вопросам ИПСО, до периода 90 дней до третьего дня рождения ребенка:				
1. Обсудите с родителями вопрос «перехода» с режима раннего вмешательства, в том числе инструкции в отношении прав и возраста, регулирующие услуги раннего вмешательства, а также меры, которые могут быть приняты в контексте планирования этого перехода.				
2. Обсудите с родителями возможные опции программы (в том числе специальные образовательные услуги в дошкольном периоде; Head Start; уход за детьми, а также прочие общественные услуги), которые могут быть доступны после утраты ребенком права на обслуживание.				
3. Разъясните родителям их права, а также помогите выработать навыки содействия.				
Не менее, чем за 90 дней и не более чем за 9 месяцев до третьего дня рождения ребенка:				
4. Обеспечьте уведомление LEA и SEA о том, что ребенок потенциально имеет право на обслуживание по части Part B (укажите имя и фамилию ребенка, его адрес, номер телефона, а также дату рождения.)				
5. С согласия родителей передайте задокументированную				

информацию (в частности, оценку состояния, данные обследований и ИПСО).				
---	--	--	--	--

Требования и мероприятия для переходного периода	Этапы мероприятий	Роль ответственного лица	Дата начала	Дата выполнения
<p>На встрече по вопросу ИПСО, которая должна иметь место не менее, чем за 90 дней и не более, чем за 9 месяцев до третьего дня рождения ребенка (такая встреча может быть по поводу консультаций в связи с переходным периодом), разработайте План переходного периода ребенка с учетом следующих и любых пересмотренных функциональных целей для ребенка и семьи, а также услуг в режиме раннего вмешательства и прочих услуг, необходимых для обеспечения плавного перехода:</p>				
<p>6. Обеспечьте родителям возможность встретиться с представителями местного образовательного агентства или общественных программ, при необходимости, и получить от них необходимую информацию .</p>				
<p>7. Отработайте стратегию подготовки ребенка к изменениям в режиме обслуживания, которая должна включать в себя этапы помощи ребенку , которому предстоит приспособиться к новым функциям в новой обстановке (к примеру, посетите офис новой программы, встретьтесь с персоналом программы до первого дня ребенка, помогите семье обеспечить наличие материалов и принадлежностей, которые будут необходимы (к примеру, купите рюкзак.)</p>				
<p>8. Если ребенок переходит в режим по части Part B, просмотрите с родителями опции программы для их ребенка на период с ' третьего дня рождения ребенка и до конца учебного года.</p>				
<p>9. По согласию родителей запланируйте консультации по переходному периоду (не менее, чем за 90 дней и не более, чем за 9 месяцев до третьего дня рождения ребенка) и пригласите участников, в том числе родителей, персонал режима раннего вмешательства, представителей местного образовательного агентства, Head Start, и прочих</p>				

поставщиков услуг уровня общины, если необходимо.				
10. На консультациях по переходному периоду:				
a. Решите, какие еще меры необходимо принять перед тем, как ребенок перейдет в новый режим обслуживания (учтите вопросы регистрации; вакцинации; транспортировки, медицинские потребности и т.д.).				
b. Пересмотрите текущие данные обследований и оценок состояния. Определите, нужны ли дополнительные обследования или оценки для определения наличия прав на обслуживание по части Part B или в других программах до перехода.				
c. Если необходимо, помогите запланировать первоначальное обследование, если ребенок потенциально имеет право на специальное обучение в дошкольном периоде.				
d. Определите, есть ли необходимость в контроле после перехода (на уровне координации обслуживания, консультаций с новым персоналом).				
11. Прочие меры в рамках планирования перехода:				

VI. Планирование переходного периода

План переходного периода предусматривает шаги и меры, направленные на поддержку детей и семей, уходящих с этапа раннего вмешательства и переходящих к другим общественным или школьным средствам/ресурсам поддержки.

Услуги раннего вмешательства	Результат № (перечислите все, что применимо)	Интенсивность		Методы	Обстановка	Естественная среда Д/Н*	Договоренности по оплате (если есть)	Продолжительность		Ответственное агентство
		Индивидуально	В группе					Дата начала	Дата окончания	
<p>Документирование обсуждения с целью достижения консенсуса по вопросу обслуживания: <i>(Включите обсуждения о любых услугах, запросы о предоставлении которых были отклонены, или же по которым был получен отказ, а также информацию о любых переговорах в отношении периодичности, интенсивности или методов предоставления обслуживания .</i></p>										

*Если обстановка не является естественной средой, оформите обоснование.

Прочее обслуживание

Дополнительные услуги, к которым ваш ребенок и ваша семья в настоящее время имеют доступ без права получения по части Part C. Такие дополнительные услуги могут включать в себя профилактические проверки здоровья новорожденных, контроль у специалистов в медицинских целях, и т.д.

Получаете ли вы или ваш ребенок любые из следующих услуг в настоящее время?					
Отметьте, если применимо	Финансовые и прочие основные услуги	Отметьте, если применимо	Здравоохранение и медицина	Отметьте, если применимо	Общее обслуживание
	Medicaid/Annie Health - дети		Программа питания WIC		Early Head Start или Head Start
	Medicaid/Basic Health - родители		First Steps		Migrant Head Start – американские индейцы/уроженцы Аляски, Head Start
	Медицинская страховка • дети		Вакцинация (прививки для новорожденных)		Уход за ребенком
	Медицинская страховка • родители		Клиника планирования семьи		Визиты на дом
	Программа оплаты взносов Medicaid		Профилактический уход за детьми		Управление по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (DOD, обслуживание не EIS)
	Талоны на питание		Программа для детей с особыми медицинскими потребностями		Дети дошкольного возраста
	Финансовая помощь		Основной уход - родители		Прочее общее обслуживание
	SSI		Медицинские специалисты (кардиология, неврология, и т.д.)		Рекомендации «Родитель-Родитель» (Parent to Parent, P2P)
	Субсидии в связи с уходом за ребенком		EPSOT/проверка здоровья Medicaid		Направление сети Washington State Fathers Network (WSFN)
	TANF		Стоматологическое обслуживание		
	Прочие финансовые услуги		Медицинское обслуживание индейцев		
			Прочее медицинское обслуживание:		
Комментарии (укажите имена, контактные данные и источники финансирования в отношении указанных выше услуги, если применимо):					

В каких еще услугах нуждается /хочет получать ваш ребенок и семья?		
Поставщик других	Услуг	Меры, которые необходимо принять, чтобы помочь семье получить доступ к таким услугам, или используемые источники финансирования

VII. Обоснование в отношении естественной среды

Дети быстрее обучаются в условиях, являющихся естественными для жизни и деятельности детей и семей. Поддержка и обслуживание в рамках раннего вмешательства должны предоставляться в условиях, которые являются естественными или типичными для детей одного возраста (т.е. в естественной среде). Если команда определит, что достижение того или иного результата в естественной среде невозможно, необходимо обеспечить обоснование причин, по которым подобное решение было принято, а также определить меры в контексте скорейшего переноса обслуживания и ресурсов поддержки в естественную среду.

Результат №	Обслуживание/поддержка	Обстановка (Не являющаяся естественной среда, в которой предоставляются услуги/поддержка)
Обоснование того, почему результат не может быть достигнут в естественной среде:		
План переноса услуг и/или средств поддержки в естественную среду:		

VIII. Соглашение по индивидуальному плану семейного обслуживания (ИПСО)

Предварительное письменное уведомление и согласие родителей на предоставление услуг раннего вмешательства

Предварительное письменное уведомление:

Предварительное письменное уведомление должно предоставляться родителям в отношении ребенка, имеющего необходимые права, за разумное время до того, как программа предложит начать, внести изменения на уровне идентификации, обследования или размещения ребенка или предоставить необходимые услуги раннего вмешательства ребенку и семье ребенка или откажет в этом.

Предлагаемые меры :

Начать обслуживание в соответствии с ИПСО, на которое предоставлено согласие, в соответствии с Резюме услуг.

Причины принятия мер :

После обсуждения всей информации по результатам обследования/оценки состояния, включая наблюдения, проблемы, приоритеты и ресурсы семьи, команда ИПСО, включая семью, соглашается на мероприятия по раннему вмешательству и прочие виды поддержки, которые будут обеспечены для достижения желаемых результатов.

В принятии мер отказано (в соответствующих случаях):

Причины отказа (в случае отказа в принятии мер):

Страница для подписей ИПСО

Согласие:

Я принимал(а) участие в подготовке ИПСО и я настоящим даю согласие на основе полученной информации Программе ранней поддержки новорожденных и детей штата Вашингтон (Washington Early Support for Infants and Toddlers) и поставщикам услуг на принятие мер и выполнение действий, включенных в план ИПСО. Мое согласие означает, что я полностью проинформирован(а) в отношении всех мер и действий, требующих моего согласия, на моем родном языке или в другом режиме обмена информацией; что я понимаю и соглашаюсь в письменном виде не принимать мер/выполнение действий, требующих моего согласия; согласие приводит описание действий и перечень документов (при наличии таковых), информация которых будет раскрыта, а также получателей такой информации; и мое согласие является добровольным и может быть отозвано по письменному запросу в любое время. Такой отзыв не является ретроактивным (он не относится к каким бы то ни было мерам или действиям, принятым/выполненным до отзыва согласия.)

Я понимаю, что я могу согласиться или отказаться на любую услугу раннего вмешательства (за исключением обязательных процедурных функций, предусмотренных порядком Координации семейных ресурсов), а также, что могу отказаться от такого обслуживания, предварительно согласившись на него без риска для остальных услуг в рамках раннего вмешательства, получаемых моим ребенком или семьей в Программе ранней поддержки новорожденных и детей штата Вашингтон (Washington Early Support for Infants and Toddlers). (ПРИМЕЧАНИЕ: Если необходимо, заполните форму «Отказ от одного или нескольких видов вмешательства или от участия в Программе ранней поддержки новорожденных и детей (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT).»)

Я понимаю, что мой план ИПСО может передаваться между поставщиками услуг раннего вмешательства и администраторами программы, ответственными за внедрение ИПСО.

Помимо настоящего ИПСО я получил(а) копию Процедурных гарантий по части Part C закона об обучении лиц с инвалидностью (Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) Part C Procedural Safeguards) [права родителей] Программы ранней поддержки новорожденных и детей штата Вашингтон (Washington Early Support for Infants and Toddlers). Данная информация включает в себя описание процедур и сроки, в рамках которых я имею право позднего несогласия с любыми принятыми решениями. Эти права разъяснены мне, и я заявляю об их понимании.

Помимо настоящего ИПСО я получил(а) копию Политики оплаты и тарифов (System of Payments and Fees Policy) Программы ранней поддержки новорожденных и детей штата Вашингтон (Washington Early Support for Infants and Toddlers). Политика приводит процедурные гарантии и стратегии нейтрализации разногласий/разрешения споров, которыми я могу воспользоваться, если приму решение о том, что я не согласен(-на) с любым решением, относящимся к фактурированию в рамках пользования частной или государственной страховкой, начислению тарифов и/или установлению способности или неспособности произвести оплату. Эти права разъяснены мне, и я заявляю об их понимании..

Подпись(-и) (отметить один пункт): Родителя(-ей) законного Опекунa Лица, заменяющего родителей
Дата

Участники ИПСО, посетившие консультации по поводу ИПСО:			
<i>Имена и должности/звания/степени печатными буквами</i>	<i>Роль/организация</i>	<i>Подпись</i>	<i>Дата</i>

Следующие лица не присутствовали на консультации, но участвовали в ней в режиме конференц-связи или в письменном режиме (уточнить режим):			
<i>Имена и должности/звания/степени печатными буквами</i>	<i>Роль/организация</i>	<i>Подпись</i>	<i>Конференц-связь/письменный режим</i>

IX. Пересмотр индивидуального плана семейного обслуживания (ИПСО)

ИПСО - это документ динамичного и гибкого характера , который может обновляться по мере изменений потребностей ваших детей и семьи. План ИПСО пересматривается каждые шесть месяцев; при необходимости корректировки плана ИПСО он может дополнительно пересматриваться внепланово. На данной приведена краткая информация об изменениях, внесенных в план ИПСО вашего ребенка при каждом пересмотре.

Дата пересмотра: _____

Краткая информация о результатах пересмотра *(в частности , данные в отношении прогресса на пути к достижению целей, новых целей/результатов; изменений на уровне проблем, ресурсов и приоритетов семьи; изменений в порядке/режиме обслуживания; планов до следующего пересмотра, и т.д.). Любые изменения в обслуживании и результатах, определенные в рамках данного пересмотра, также подлежат обновлению / корректировке в соответствующем разделе настоящего ИПСО.*

Соглашение о пересмотре индивидуального плана семейного обслуживания (ИПСО)

Предварительное письменное уведомление и согласие родителей на предоставление услуг раннего вмешательства

Предварительное письменное уведомление:

Предварительное письменное уведомление должно предоставляться родителям в отношении ребенка, имеющего необходимые права, за разумное время до того, как программа предложит начать, внести изменения на уровне идентификации, обследования или размещения ребенка или предоставить необходимые услуги раннего вмешательства ребенку и семье ребенка или откажет в этом.

Предлагаемые мероприятия/действия:

Начать обслуживание в соответствии с ИПСО, на которое предоставлено согласие, в соответствии с Резюме услуг.

Основная для принятия мер/выполнения действий:

После обсуждения всей информации по результатам обследования/оценки состояния, включая наблюдения, проблемы, приоритеты и ресурсы семьи, команда ИПСО, включая семью, соглашается на мероприятия по раннему вмешательству и прочие виды поддержки, которые будут обеспечены для достижения желаемых результатов.

Отказ в принятии мер/действий (при наличии такового):

Причины отказа (если в принятии мер/выполнении действий отказано):

Страница для подписей ИПСО

Согласие:

Я принимал(а) участие в подготовке ИПСО и я настоящим даю согласие на основе полученной информации Программе ранней поддержки новорожденных и детей штата Вашингтон (Washington Early Support for Infants and Toddlers) и поставщикам услуг на принятие мер и выполнение действий, включенных в план ИПСО. Мое согласие означает, что я полностью проинформирован(а) в отношении всех мер и действий, требующих моего согласия, на моем родном языке или в другом режиме обмена информацией; что я понимаю и соглашаюсь в письменном виде не принимать мер/выполнение действий, требующих моего согласия; согласие приводит описание действий и перечень документов (при наличии таковых), информация которых будет раскрыта, а также получателей такой информации; и мое согласие является добровольным и может быть отозвано по письменному запросу в любое время. Такой отзыв не является ретроактивным (он не относится к каким бы то ни было мерам или действиям, принятым/выполненным до отзыва согласия.)

Я понимаю, что я могу согласиться или отказаться на любую услугу раннего вмешательства (за исключением обязательных процедурных функций, предусмотренных порядком Координации семейных ресурсов), а также, что могу отказаться от такого обслуживания, предварительно согласившись на него без риска для остальных услуг в рамках раннего вмешательства, получаемых моим ребенком или семьей в Программе ранней поддержки новорожденных и детей штата Вашингтон (Washington Early Support for Infants and Toddlers). (ПРИМЕЧАНИЕ: Если необходимо, заполните форму «Отказ от одного или нескольких видов вмешательства или от участия в Программе ранней поддержки новорожденных и детей (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT).»)

Я понимаю, что мой план ИПСО может передаваться между поставщиками услуг раннего вмешательства и администраторами программы, ответственными за внедрение ИПСО.

Помимо настоящего ИПСО я получил(а) копию Процедурных гарантий по части Part C закона об обучении лиц с инвалидностью (Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) Part C Procedural Safeguards) [права родителей] Программы ранней поддержки новорожденных и детей штата Вашингтон (Washington Early Support for Infants and Toddlers). Данная информация включает в себя описание процедур и сроки, в рамках которых я имею право позднего несогласия с любыми принятыми решениями. Эти права разъяснены мне, и я заявляю об их понимании.

Помимо настоящего ИПСО я получил(а) копию Политики оплаты и тарифов (System of Payments and Fees Policy) Программы ранней поддержки новорожденных и детей штата Вашингтон (Washington Early Support for Infants and Toddlers). Политика приводит процедурные гарантии и стратегии нейтрализации разногласий/разрешения споров, которыми я могу воспользоваться, если приму решение о том, что я не согласен(-на) с любым решением, относящимся к фактурированию в рамках пользования частной или государственной страховкой, начислению тарифов и/или установлению способности или неспособности произвести оплату. Эти права разъяснены мне, и я заявляю об их понимании.

Подпись(-и) (отметить один пункт): <input type="checkbox"/> Родителя(-ей) <input type="checkbox"/> законного Опекунa <input type="checkbox"/> Лица, заменяющего родителей	Дата
---	------

Участники ИПСО, посетившие консультации по поводу ИПСО:			
Имена и должности/звания/степени печатными буквами	Роль/организация	Подпись	Дата

Следующие лица не присутствовали на консультации, но участвовали в ней в режиме конференц-связи или в письменном режиме (уточнить режим):			
<i>Имена и должности/звания/степени печатными буквами</i>	<i>Роль/организация</i>	<i>Подпись</i>	<i>Конференц-связь/письменный режим</i>