



## Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP)

Theo Phần C của IDEA, IFSP được yêu cầu phải tăng cường năng lực của các gia đình nhằm đáp ứng nhu cầu của trẻ dưới 3 tuổi và bị chậm phát triển hoặc khuyết tật.

**Loại và Ngày IFSP:**

IFSP ban đầu \_\_\_\_\_  IFSP thường niên \_\_\_\_\_  
 IFSP giữa kỳ \_\_\_\_\_  Đánh giá IFSP \_\_\_\_\_

### I. Thông tin về Trẻ và Gia đình

<b>Họ tên của Trẻ:</b>	
<b>Ngày sinh:</b>	<b>Giới tính:</b> <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
<b>Phụ huynh/Người giám hộ</b>	<b>Phụ huynh Đại diện:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>Họ tên:</b>	
<b>Địa chỉ</b>	
<b>Thành phố/Tiểu bang/Mã bưu chính:</b>	
( ) - <input type="checkbox"/> Điện thoại nơi làm việc <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà riêng <input type="checkbox"/> Điện thoại di động ( ) - <b>Số điện thoại</b> <input type="checkbox"/> Điện thoại nơi làm việc <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà riêng <input type="checkbox"/> Điện thoại di động ( ) - <input type="checkbox"/> Điện thoại nơi làm việc <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà riêng <input type="checkbox"/> Điện thoại di động	( ) - <input type="checkbox"/> Điện thoại nơi làm việc <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà riêng <input type="checkbox"/> Điện thoại di động ( ) - <input type="checkbox"/> Điện thoại nơi làm việc <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà riêng <input type="checkbox"/> Điện thoại di động ( ) - <input type="checkbox"/> Điện thoại nơi làm việc <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà riêng <input type="checkbox"/> Điện thoại di động
<b>Địa chỉ email</b>	
<b>Sắc tộc:</b>	
<b>Ngôn ngữ chính của Gia đình:</b>	<b>Có cần thông dịch hay không?</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>Khu học chánh nơi cư trú:</b>	
<b>Khu vực dịch vụ:</b>	
<b>Người liên hệ thay thế:</b>	
<b>Quan hệ với trẻ:</b>	
<b>Địa chỉ</b>	
<b>Thành phố/Tiểu bang/Mã bưu chính:</b>	
<b>Số điện thoại</b> ( ) - ( ) - ( ) -	<input type="checkbox"/> Điện thoại nơi làm việc <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà riêng <input type="checkbox"/> Điện thoại di động <input type="checkbox"/> Điện thoại nơi làm việc <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà riêng <input type="checkbox"/> Điện thoại di động <input type="checkbox"/> Điện thoại nơi làm việc <input type="checkbox"/> Điện thoại nhà riêng <input type="checkbox"/> Điện thoại di động
<b>Địa chỉ email:</b>	
<b>Có những ai sống trong gia đình quý vị?</b>	
<b>Mô tả các kiểm tra đánh giá tình hình phát triển trước đây, các dịch vụ can thiệp sớm và/hoặc điều trị đã tiếp nhận trước đây (nếu có):</b>	

### Thông tin về Điều phối viên Nguồn lực Gia đình

Điều phối viên Nguồn lực Gia đình	
Họ tên:	
Cơ quan:	
Địa chỉ Cơ quan:	
Thành phố/Tiểu bang/Mã bưu chính	
Số điện thoại: ( ) -	<input type="checkbox"/> Điện thoại nơi làm việc <input type="checkbox"/> Điện thoại di động
Địa chỉ email:	

### Thông tin giới thiệu và Thông tin y tế/sức khỏe

Ngày giới thiệu:		
Lý do giới thiệu:		
Nguồn giới thiệu:		
Địa chỉ:		
Thành phố/Tiểu bang/Mã bưu chính		
Số điện thoại: ( ) -	Fax: ( ) -	Địa chỉ email:

### Thông Tin Chăm Sóc Ban Đầu

Tên của Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính:		
Địa chỉ:		
Thành phố/Tiểu bang/Mã bưu chính		
Số điện thoại: ( ) -	Fax: ( ) -	Địa chỉ email:

Thông tin Sức khỏe của Trẻ

**Tóm tắt tình trạng sức khỏe của trẻ dựa trên kết quả rà soát hồ sơ liên quan** (Bao gồm thông tin sơ sinh của trẻ, điều kiện hoặc chẩn đoán y tế của trẻ (chẳng hạn như dị ứng), bệnh tật, nhập viện, thuốc men, sàng lọc thị lực và thính lực, các đánh giá phát triển khác):

Có điều gì khác mà nhóm nên biết về sức khỏe của con quý vị để có thể lập kế hoạch và cung cấp dịch vụ tốt hơn cho con và gia đình quý vị hay không?

## II. Thói quen và Hoạt động của Trẻ/Gia đình

Hiểu rõ các thói quen và hoạt động của trẻ và gia đình sẽ giúp nhóm trong việc xác định nhiều cơ hội học tập hỗ trợ việc học tập và phát triển của trẻ.

Con của quý vị dành thời gian trong ngày ở đâu? Có những ai cùng trẻ? Quý vị mô tả mối quan hệ của con với quý vị và những người mà bé ở cạnh nhiều thời gian nhất trong các tình huống khác nhau như thế nào?

Có điều gì mà con quý vị thích nhất không (bao gồm đồ chơi, con người, địa điểm, hoạt động, v.v.)?

Gia đình quý vị thích thực hiện cùng nhau hoạt động gì và tại sao? Có những ai cùng trẻ? Hoạt động đó diễn ra khi nào?

Hoạt động và mối quan hệ nào diễn ra tốt đẹp?

Quý vị thấy thói quen và hoạt động nào khó khăn hoặc gây khó chịu cho con quý vị hoặc bản thân quý vị, nếu có?

Có hoạt động và thói quen nào mà hiện tại gia đình quý vị không thực hiện vì nhu cầu của con quý vị nhưng rất muốn thực hiện ngay hoặc trong tương lai gần không?

## Mối quan tâm, Nguồn lực, Ưu tiên của Gia đình

Mối quan tâm và ưu tiên của gia đình thúc đẩy việc xây dựng các kết quả mục tiêu của IFSP. Nguồn lực và hỗ trợ của gia đình có ý nghĩa quan trọng trong việc hỗ trợ và tăng cường những thay đổi mong muốn cũng như hoạt động và học tập của trẻ. Gia đình chỉ nên chia sẻ những thông tin mà gia đình cảm thấy thoải mái khi chia sẻ.

Tôi lựa chọn **không** chia sẻ thông tin về các mối quan tâm, ưu tiên và nguồn lực của mình và/hoặc đưa thông tin này vào IFSP. Tôi hiểu rằng nếu con tôi đủ điều kiện thì con vẫn có thể tiếp nhận các dịch vụ thích hợp do nhóm IFSP xác định, ngay cả khi tôi lựa chọn không hoàn thành phần này.

\_\_\_\_\_ (ký nháy của phụ huynh)

**Tóm tắt Mối quan tâm của Gia đình:** *(dựa trên những khó khăn trong thói quen và hoạt động hàng ngày)*

**Ưu tiên của Gia đình:** *(dựa trên các mối quan tâm được xác định ở trên)*

**Điểm mạnh, Nguồn lực mà Gia đình có để đáp ứng Nhu cầu của Trẻ:** *(bao gồm gia đình, bạn bè, nhóm cộng đồng, hỗ trợ tài chính, v.v. có ích cho quý vị)*

**Ngoài thông tin quý vị đã cung cấp, quý vị còn mối quan tâm nào khác chưa chia sẻ hoặc người khác chia sẻ với quý vị về con của quý vị không? Có bất kỳ điều gì khác mà quý vị muốn cho chúng tôi biết và sẽ có ích trong việc lập kế hoạch hỗ trợ và dịch vụ cho quý vị để giải quyết vấn đề quan trọng nhất đối với con quý vị và gia đình quý vị không?**

### III. Mức độ phát triển hiện tại của Trẻ

Việc hiểu rõ kỹ năng của trẻ, như được xác định thông qua hoạt động kiểm tra đánh giá (bao gồm quan sát, báo cáo của phụ huynh, kiểm tra) sẽ hỗ trợ nhóm (bao gồm phụ huynh) trong việc lập kế hoạch hỗ trợ và dịch vụ giúp tăng cường khả năng học tập của trẻ.

Lĩnh vực cần phát triển	Mô tả Kỹ năng/Tình trạng (liệt kê các kỹ năng của trẻ trong từng lĩnh vực cần phát triển/mô tả tình trạng; bao gồm thông tin về nhu cầu giác quan cho mỗi lĩnh vực)	Mức độ phát triển (% độ tuổi lệch chuẩn chậm phát triển, độ tuổi tương đương)	Nguồn thông tin (Công cụ, báo cáo của phụ huynh, quan sát)	Họ tên Người đánh giá và Ngày Kiểm tra Đánh giá
<b>Thích ứng</b> Cho ăn, ăn, mặc quần áo, ngủ (Ví dụ như cầm bình; với lấy đồ chơi, tự mặc quần áo)				
<b>Nhận thức</b> Suy nghĩ và học tập (ví dụ, tìm kiếm đồ chơi bị rơi; kéo đồ chơi bằng một sợi dây; chơi ô chữ đơn giản)				
<b>Giao tiếp biểu đạt</b> Phát ra âm thanh, cử chỉ, trò chuyện (ví dụ, phát âm nguyên âm; chỉ vào đồ vật để thể hiện mong muốn; sử dụng từ 2 từ trở lên)				
<b>Giao tiếp tiếp thu</b> Hiểu từ ngữ và cử chỉ (ví dụ nhìn khi nghe thấy tên mình; chỉ vào các bộ phận cơ thể và đồ vật phổ biến khi chúng được gọi tên; làm theo chỉ dẫn gồm 1 & 2 bước đơn giản; hiểu các từ đơn giản)				
<b>Thể chất: Vận động tinh</b> Sử dụng tay và ngón tay (ví dụ với lấy đồ chơi và chơi với đồ chơi; nhặt nhỏ khô; chuỗi hạt)				
<b>Thể chất: Vận động thô</b> Di chuyển và sử dụng cơ lớn (Ví dụ lấy; tự ngồi; bảm để đi)				
<b>Xã hội/Cảm xúc</b> Tương tác với người khác (ví dụ, cười và thể hiện sự thích thú; giao tiếp tốt bằng mắt; tìm kiếm sự giúp đỡ từ những người chăm sóc quen thuộc; chờ đến lượt; chia sẻ đồ chơi)				
<b>Thị lực</b> (ví dụ, vượt qua kiểm tra thị lực trẻ sơ sinh InfantSee nếu từ 12 tháng tuổi trở xuống; theo dõi đồ vật bằng mắt, chú ý đến khuôn mặt của những người quen hoặc thể hiện các hành vi thị lực phù hợp với lứa tuổi khác.				
<b>Thính lực</b> (ví dụ, vượt qua sàng lọc thính lực sơ sinh nếu từ 12 tháng tuổi trở xuống; thể hiện phát ngôn/ngôn ngữ và phát triển thính lực phù hợp với lứa tuổi)				

## Tình trạng đủ điều kiện tham gia ban đầu cho các Dịch vụ Phần C

Việc kiểm tra đánh giá từng trẻ và xác định tình trạng đủ điều kiện ban đầu để tiếp nhận các dịch vụ can thiệp sớm Phần C phải sử dụng các ý kiến dựa trên đánh giá lâm sàng chính xác. Việc xác định tình trạng đủ điều kiện là quyết định của cả nhóm.

<input type="checkbox"/> Con quý vị <b>đủ điều kiện</b> tiếp nhận các Dịch vụ Phần C vì con có <i>(đánh dấu một hoặc nhiều lựa chọn dưới đây)</i> :			
<input type="checkbox"/> Độ lệch là 1,5 so với chuẩn lứa tuổi hoặc chậm phát triển 25% trong một hoặc nhiều lĩnh vực <i>(đánh dấu tất cả lĩnh vực phù hợp)</i> :			
<input type="checkbox"/> Nhận thức	<input type="checkbox"/> Thể chất vận động tinh	<input type="checkbox"/> Thể chất vận động thô	<input type="checkbox"/> Thích ứng
<input type="checkbox"/> Xã hội hoặc cảm xúc	<input type="checkbox"/> Giao tiếp biểu đạt	<input type="checkbox"/> Giao tiếp tiếp thu	
<input type="checkbox"/> Một tình trạng đã chẩn đoán có thể dẫn tới chậm phát triển (xác định):			
<input type="checkbox"/> Ý kiến dựa trên đánh giá lâm sàng chính xác ( <i>đánh dấu nếu đây là phương pháp duy nhất được sử dụng để xác định tình trạng đủ điều kiện</i> ):			
<b>Tóm tắt Ý kiến dựa trên đánh giá lâm sàng chính xác</b> (với điều kiện là ý kiến dựa trên đánh giá lâm sàng chính xác này phải được sử dụng trong quá trình kiểm tra đánh giá, phần này phải được hoàn thành bất kể tiêu chí được sử dụng để xác định tình trạng đủ điều kiện là gì):			

### Tóm tắt Hoạt động Chức năng

Phần này mô tả cách trẻ sử dụng các kỹ năng trong các lĩnh vực khác nhau để hoạt động trong các bối cảnh và tình huống khác nhau. Phần này cung cấp thông tin hỗ trợ nhóm (bao gồm phụ huynh) trong việc xây dựng các mục tiêu kết quả IFSP và các chiến lược để đạt được các mục tiêu này và để có thể theo dõi tiến bộ theo thời gian. Thông tin này cũng hỗ trợ hoàn thành thông tin Tóm tắt Kết quả của Trẻ.

<b>Kỹ năng xã hội/cảm xúc tích cực (bao gồm các mối quan hệ xã hội):</b> <i>(Với người lớn; với những đứa trẻ khác; làm theo quy tắc trong nhóm hoặc tương tác với người khác)</i>
Tóm tắt Chức năng của Trẻ:
Báo cáo Mô tả Kết quả (chọn một tùy chọn):

<b>Thu thập và sử dụng kiến thức và kỹ năng (bao gồm ngôn ngữ/giao tiếp sớm):</b> <i>(tư duy, lập luận, ghi nhớ và giải quyết vấn đề, hiểu biết các biểu tượng, hiểu biết thế giới vật chất và xã hội)</i>
Tóm tắt Chức năng của Trẻ:
Báo cáo Mô tả Kết quả (chọn một tùy chọn):

<b>Sử dụng các hành vi thích hợp để đáp ứng nhu cầu của họ:</b> <i>(đáp ứng các nhu cầu cơ bản, ví dụ: thể hiện bản thân đang đói, mặc quần áo, cho ăn, đi vệ sinh, v.v.; đóng góp cho tình trạng sức khỏe và sự an toàn của bản thân, v.v., làm theo quy tắc, hỗ trợ rửa tay, tránh các đồ vật không ăn được (nếu trên 24 tháng tuổi); di chuyển từ nơi này đến nơi khác (vận động) và sử dụng công cụ (ví dụ như nĩa, chuỗi dây gắn với đồ vật, v.v.))</i>
Tóm tắt Chức năng của Trẻ:
Báo cáo Mô tả Kết quả (chọn một tùy chọn):

Ngày nhóm lựa chọn các báo cáo mô tả kết quả của trẻ:   /  /



## Nhóm Đánh giá

<b>Các cá nhân sau đây tham gia hoạt động kiểm tra đánh giá:</b>		
<i>Họ tên và Thông tin (viết in)</i>	<i>Chức vụ/Tổ chức</i>	<i>Hoạt động đánh giá</i>
		<input type="checkbox"/> Mức độ phát triển hiện tại của Trẻ <input type="checkbox"/> Tình trạng đủ điều kiện tham gia các Dịch vụ Phần C <input type="checkbox"/> Đóng góp thông tin cho phần Tóm tắt các Hoạt động chức năng <input type="checkbox"/> Tham gia lựa chọn các báo cáo mô tả kết quả
		<input type="checkbox"/> Mức độ phát triển hiện tại của Trẻ <input type="checkbox"/> Tình trạng đủ điều kiện tham gia các Dịch vụ Phần C <input type="checkbox"/> Đóng góp thông tin cho phần Tóm tắt các Hoạt động chức năng <input type="checkbox"/> Tham gia lựa chọn các báo cáo mô tả kết quả
		<input type="checkbox"/> Mức độ phát triển hiện tại của Trẻ <input type="checkbox"/> Tình trạng đủ điều kiện tham gia các Dịch vụ Phần C <input type="checkbox"/> Đóng góp thông tin cho phần Tóm tắt các Hoạt động chức năng <input type="checkbox"/> Tham gia lựa chọn các báo cáo mô tả kết quả
		<input type="checkbox"/> Mức độ phát triển hiện tại của Trẻ <input type="checkbox"/> Tình trạng đủ điều kiện tham gia các Dịch vụ Phần C <input type="checkbox"/> Đóng góp thông tin cho phần Tóm tắt các Hoạt động chức năng <input type="checkbox"/> Tham gia lựa chọn các báo cáo mô tả kết quả
		<input type="checkbox"/> Mức độ phát triển hiện tại của Trẻ <input type="checkbox"/> Tình trạng đủ điều kiện tham gia các Dịch vụ Phần C <input type="checkbox"/> Đóng góp thông tin cho phần Tóm tắt các Hoạt động chức năng <input type="checkbox"/> Tham gia lựa chọn các báo cáo mô tả kết quả

**Vai trò của Gia đình In Quá trình Tóm tắt Kết quả của Trẻ (chỉ chọn một lựa chọn):**

Gia đình có mặt để thảo luận và lựa chọn báo cáo mô tả  
 Gia đình có mặt để thảo luận nhưng không lựa chọn báo cáo mô tả  
 Gia đình cung cấp thông tin nhưng không có mặt để thảo luận

**Thông tin của Gia đình về chức năng của trẻ (chọn tất cả lựa chọn phù hợp):**

Đã nhận riêng trong cuộc họp nhóm       Đã thu thập       Tích hợp vào đánh giá  
 Không đưa vào báo cáo (Vui lòng giải thích: )

**Công cụ đánh giá để thông báo tóm tắt kết quả của trẻ:**

**Các nguồn thông tin khác (ví dụ quan sát của bác sĩ; thông tin từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ):**

#### IV. Kết quả mục tiêu chức năng IFSP cho Trẻ và Gia đình

Kết quả chức năng cần phải thể hiện những thay đổi mà gia đình mong muốn thực hiện được cho bản thân và con của họ và dựa trên các ưu tiên của gia đình và nhu cầu phát triển của trẻ.

<b>Kết quả mục tiêu số _____</b>	<b>Ngày bắt đầu: _____</b> <b>Ngày mục tiêu: _____</b>
<b>Gia đình mong muốn thực hiện được điều gì cho con/gia đình?</b> <i>{Kết quả phải mang tính chức năng hoạt động, có thể đánh giá được và đặt trong bối cảnh thói quen và hoạt động hàng ngày.}</i>	
<b>Tình trạng hiện tại liên quan đến kết quả mục tiêu này? Hiện tại gia đình quý vị đang thực hiện điều gì giúp đạt được kết quả này?</b> <i>(Mô tả hoạt động hiện tại của trẻ và/hoặc gia đình liên quan đến thay đổi/kết quả mong muốn.)</i>	
<b>Gia đình quý vị và nhóm sẽ phối hợp theo các cách nào để đạt được kết quả này? Ai sẽ giúp và họ sẽ làm gì?</b> <i>(Mô tả các phương pháp và chiến lược sẽ được sử dụng để giúp con và gia đình quý vị đạt được mục tiêu này trong các hoạt động và thói quen hàng ngày. Liệt kê ai sẽ làm gì, bao gồm dịch vụ can thiệp sớm và các hỗ trợ không chính thức, bao gồm thành viên trong gia đình, bạn bè, hàng xóm, nhà thờ hoặc các tổ chức cộng đồng khác, chương trình chăm sóc sức khỏe đặc biệt, chương trình giáo dục phụ huynh.)</i>	
<b>Chúng ta có thể xác định tiến bộ đã đạt được hoặc cần phải điều chỉnh mục tiêu hoặc dịch vụ bằng cách nào?</b> <i>(Tiêu chí [ví dụ, các hành động hoặc hành vi có thể quan sát được thể hiện tiến bộ], quy trình [ví dụ., quan sát, báo cáo, biểu đồ] và thời gian thực tế nào sẽ được sử dụng?)</i>	
<b>Chúng ta đã làm gì?</b> <i>(Rà soát Báo cáo tiến độ/Tiêu chí đánh giá thành công)</i> <b>Ngày: _____ Đã đạt được: Chúng ta đã đạt kết quả!</b> <b>Ngày: _____ Tiếp tục: Chúng ta đã có tiến bộ. Hãy tiếp tục cố gắng.</b>	
<b>Tình hình đã thay đổi:</b> <b>Ngày: _____ Không tiếp tục: Mục này không còn áp dụng nữa.</b> <b>Ngày: _____ Điều chỉnh: Hãy thử biện pháp khác.</b> <b>Ngày: _____ Giải thích/Nhận xét:</b>	

## Kết quả mục tiêu chức năng IFSP được Điều phối viên Nguồn lực Gia đình hỗ trợ liên quan đến việc tiếp cận nguồn lực và hỗ trợ cộng đồng

Điều phối viên Nguồn lực Gia đình được phân công hỗ trợ mọi gia đình đăng ký dịch vụ can thiệp sớm. Một Điều phối viên Nguồn lực Gia đình sẽ giúp quý vị xác định và tiếp cận nguồn lực và hỗ trợ cộng đồng mà quý vị hoặc con quý vị cần, dựa trên ưu tiên hiện tại của quý vị. Trang này liệt kê các bước và hoạt động mà quý vị và nhóm của quý vị sẽ thực hiện để kết nối quý vị với những nguồn lực này.

<b>Kết quả mục tiêu số ____ Chúng ta muốn đạt được kết quả gì?</b> <i>(Kết quả mong muốn)</i>	<b>Ngày bắt đầu:</b> _____ <b>Ngày mục tiêu:</b> _____
Ai làm gì? <i>(Chiến lược/Hoạt động)</i>          <b>Ngày đánh giá:</b> _____ <b>Mã tiến bộ (khoanh tròn một lựa chọn):</b> Đã đạt được            Tiếp tục            Không tiếp tục            Điều chỉnh <b>Nhận xét:</b>	
<b>Kết quả mục tiêu số ____ Chúng ta muốn đạt được kết quả gì?</b> <i>(Kết quả mong muốn)</i>	<b>Ngày bắt đầu:</b> _____ <b>Ngày mục tiêu:</b> _____
Ai làm gì? <i>(Chiến lược/Hoạt động)</i>          <b>Ngày đánh giá:</b> _____ <b>Mã tiến bộ (khoanh tròn một lựa chọn):</b> Đã đạt được            Tiếp tục            Không tiếp tục            Điều chỉnh <b>Nhận xét:</b>	
<b>Kết quả mục tiêu số ____ Chúng ta muốn đạt được kết quả gì?</b> <i>(Kết quả mong muốn)</i>	<b>Ngày bắt đầu:</b> _____ <b>Ngày mục tiêu:</b> _____
Ai làm gì? <i>(Chiến lược/Hoạt động)</i>          <b>Ngày đánh giá:</b> _____ <b>Mã tiến bộ (khoanh tròn một lựa chọn):</b> Đã đạt được            Tiếp tục            Không tiếp tục            Điều chỉnh <b>Nhận xét:</b>	

## V. Lập kế hoạch Chuyển tiếp

Kế hoạch Chuyển tiếp liệt kê các bước và hoạt động hỗ trợ trẻ và gia đình chuẩn bị kết thúc dịch vụ can thiệp sớm khi trẻ tròn 3 tuổi và chuyển tiếp sang dịch vụ cộng đồng hoặc trường học khác.

<b>Ưu tiên và mục tiêu cho quá trình chuyển tiếp của con quý vị:</b>

<b>Thông tin liên hệ Giáo dục đặc biệt cho lứa tuổi mầm non</b>			
Giáo dục đặc biệt cho lứa tuổi mầm non			
Họ tên Người liên hệ:			
Số điện thoại: ( ) -	<input type="checkbox"/> Điện thoại nơi làm việc	<input type="checkbox"/> Điện thoại di động	Địa chỉ email:

Yêu cầu và Hoạt động Lập kế hoạch Chuyển tiếp	Các bước hành động	Vai trò của người có trách nhiệm	Ngày bắt đầu	Ngày hoàn thành
<b>Vào bất kỳ thời điểm nào kể từ cuộc họp IFSP ban đầu, tối đa 90 ngày trước sinh nhật 3 tuổi của trẻ:</b>				
1. Thảo luận với phụ huynh về ý nghĩa của “chuyển tiếp” từ dịch vụ can thiệp sớm, bao gồm tình trạng đủ điều kiện và hướng dẫn độ tuổi cho các dịch vụ can thiệp sớm và những việc có thể thực hiện để lập kế hoạch cho sự chuyển tiếp này.				
2. Thảo luận về phương án chương trình mà phụ huynh có thể lựa chọn (bao gồm dịch vụ giáo dục đặc biệt cho lứa tuổi mầm non; dịch vụ Giáo dục sớm Head Start; dịch vụ chăm sóc trẻ và các dịch vụ cộng đồng khác) mà trẻ có thể tiếp cận khi trẻ không còn đủ điều kiện tham gia chương trình này nữa.				
3. Hỗ trợ phụ huynh hiểu rõ quyền và phát triển kỹ năng ủng hộ vận động.				
<b>Tối thiểu 90 ngày và tối đa 9 tháng trước sinh nhật 3 tuổi của trẻ:</b>				
4. Cung cấp thông báo LEA và SEA rằng trẻ có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ Phần B (bao gồm họ tên, địa chỉ, số điện thoại và ngày sinh của trẻ.)				
5. Với sự chấp thuận của phụ huynh, chuyển thông tin hồ sơ (bao gồm kết quả kiểm tra đánh giá và IFSP).				

Yêu cầu và Hoạt động Lập kế hoạch Chuyên tiếp	Các bước hành động	Vai trò của người có trách nhiệm	Ngày bắt đầu	Ngày hoàn thành
<b>Trong cuộc họp IFSP diễn ra tối thiểu 90 ngày và tối đa 9 tháng trước sinh nhật của trẻ (có thể là Cuộc họp Chuyên tiếp), xây dựng Kế hoạch Chuyên tiếp cho trẻ, bao gồm các điều chỉnh sau đây và bất kỳ điều chỉnh khác đối với kết quả mục tiêu chức năng can thiệp sớm của trẻ và gia đình cũng như các dịch vụ cần thiết khác để đảm bảo chuyên tiếp suôn sẻ:</b>				
6. Tạo cơ hội cho phụ huynh gặp gỡ và nhận thông tin từ cơ quan giáo dục địa phương hoặc các đại diện chương trình cộng đồng khác nếu phù hợp .				
7. Xây dựng quy trình chuẩn bị cho trẻ ứng phó với các thay đổi trong cung cấp dịch vụ, bao gồm các bước để giúp trẻ thích nghi và hoạt động trong môi trường mới (ví dụ như trải nghiệm chương trình mới gặp gỡ nhân viên chương trình trước ngày tham gia đầu tiên của trẻ, giúp gia đình đảm bảo các tài nguyên và hỗ trợ cần thiết (chẳng hạn như một chiếc ba lô.)				
8. Nếu trẻ chuyển tiếp sang dịch vụ Phần B, hãy cùng phụ huynh rà soát các tùy chọn chương trình cho trẻ từ sinh nhật 3 tuổi của trẻ' trong suốt thời gian còn lại của năm học.				
9. Với sự chấp thuận của phụ huynh, sắp xếp cuộc họp chuyên tiếp (tối thiểu 90 ngày và tối đa 9 tháng trước sinh nhật ba tuổi của trẻ) và mời người tham gia bao gồm phụ huynh, các nhân viên trong dịch vụ can thiệp sớm, cơ quan giáo dục địa phương, chương trình giáo dục sớm Head Start và các nhà cung cấp dịch vụ cộng đồng khác nếu phù hợp.				
<b>10. Tại cuộc họp chuyên tiếp:</b>				
a. Quyết định các hoạt động nào khác cần được hoàn thành trước khi trẻ chuyển sang môi trường dịch vụ mới (bao gồm đăng ký; chích ngừa; các vấn đề đưa đón, nhu cầu y tế, v.v.).				
b. Rà soát thông tin kiểm tra đánh giá. Quyết định xem có cần đánh giá bổ sung để xác định tình trạng đủ điều kiện tham gia Phần B hoặc các chương trình khác trước khi chuyển tiếp hay không.				
c. Nếu phù hợp, hãy giúp lập kế hoạch đánh giá ban đầu nếu trẻ có khả năng đủ điều kiện nhận dịch vụ giáo dục đặc biệt cho lứa tuổi mầm non.				
d. Quyết định xem có cần theo dõi sau khi chuyển tiếp hay không (bao gồm điều phối dịch vụ, tư vấn với nhân viên dịch vụ mới ).				

Yêu cầu và Hoạt động Lập kế hoạch Chuyển tiếp	Các bước hành động	Vai trò của người có trách nhiệm	Ngày bắt đầu	Ngày hoàn thành
11. Các hoạt động lập kế hoạch chuyển tiếp khác:				

## VI. Lập kế hoạch Chuyển tiếp

Kế hoạch Chuyển tiếp liệt kê các bước và hoạt động hỗ trợ trẻ và gia đình chuẩn bị kết thúc dịch vụ can thiệp sớm khi trẻ tròn 3 tuổi và chuyển tiếp sang dịch vụ cộng đồng hoặc trường học khác.

Dịch vụ can thiệp sớm	Kết quả mục tiêu số (liệt kê tất cả nếu áp dụng)	Cường độ		Phương pháp	Bối cảnh	Môi trường tự nhiên Có/Không*	Thỏa thuận thanh toán (nếu có)	Thời gian		Cơ quan chịu trách nhiệm
		Cá nhân	Nhóm					Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc	

**Tài liệu ghi chép các nội dung thảo luận để đạt được sự đồng thuận về dịch vụ:** *(Bao gồm thảo luận về bất kỳ dịch vụ bị từ chối hoặc bác bỏ và bất kỳ thỏa thuận nào khác về tần suất, cường độ hoặc phương thức cung cấp dịch vụ.)*

\*Nếu bối cảnh không phải môi trường tự nhiên, hãy hoàn thành phần giải thích.

### Các dịch vụ khác

Đây là các dịch vụ bổ sung mà con quý vị và gia đình hiện đang tiếp cận nhưng chưa đủ điều kiện được hưởng theo Phần C. Những dịch vụ bổ sung như vậy có thể bao gồm các dịch vụ y tế, như kiểm tra sức khỏe cho trẻ sơ sinh, chuyên gia theo dõi sức khỏe cho các mục đích y tế, v.v.

<b>Quý vị hoặc con của quý vị có đang nhận được các dịch vụ sau đây không?</b>					
Đánh dấu nếu áp dụng	<u>Tài chính &amp; Dịch vụ cơ bản khác</u>	Đánh dấu nếu áp dụng	<u>Sức khỏe và Y tế</u>	Đánh dấu nếu áp dụng	<u>Dịch vụ chung</u>
	Medicaid/Dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em của Annie		Chương trình Dinh dưỡng WIC		Chương trình Giáo dục sớm Early Head Start hoặc Head Start
	Medicaid/Dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản cho phụ huynh		First Steps		Chương trình giáo dục sớm Head Start cho người nhập cư - Người Mỹ da đỏ Chương trình giáo dục sớm Head Start cho người Mỹ da đỏ/Người bản địa Alaska
	Bảo hiểm y tế cho trẻ		Chủng ngừa (chủng ngừa cho trẻ sơ sinh)		Chăm sóc trẻ
	Bảo hiểm y tế cho phụ huynh		Phòng khám Kế hoạch hóa gia đình		Khám bệnh tại nhà
	Chương trình Thanh toán Phí Bảo hiểm Medicaid		Chăm sóc sức khỏe trẻ em		Cơ quan Quản lý Khuyết tật Phát triển (DOD, Dịch vụ phi EIS)
	Phiếu thực phẩm		Chương trình Trẻ em có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt		Giáo dục mầm non
	Hỗ trợ tài chính		Chăm sóc ban đầu cho phụ huynh		Các dịch vụ chung khác:
	SSI		Chuyên gia y tế (ví dụ chuyên gia tim mạch, thần kinh, v.v.)		Giới thiệu chương trình Phụ huynh hỗ trợ tương tác (P2P)
	Trợ cấp chăm sóc trẻ		Kiểm tra sức khỏe EPSOT/Medicaid		Giới thiệu Mạng lưới Phụ huynh Tiểu bang Washington (WSFN)
	TANF		Chăm sóc răng miệng		
	Các dịch vụ tài chính khác:		Dịch vụ y tế cho người Mỹ da đỏ:		
			Dịch vụ y tế khác:		
<b>Nhận xét</b> ( bao gồm họ tên, thông tin liên hệ và nguồn hỗ trợ tài chính cho các dịch vụ trên nếu phù hợp):					

<b>Con của quý vị và gia đình cần và muốn tiếp cận các dịch vụ nào khác?</b>		
Dịch vụ khác	Nhà cung cấp	Các bước cần thực hiện để giúp Gia đình tiếp cận các dịch vụ này hoặc nguồn hỗ trợ tài chính



## VII. Giải thích về môi trường tự nhiên

Trẻ em học tốt nhất thông qua các cơ hội học tập tự nhiên xảy ra trong các môi trường mà trẻ và gia đình thường tham gia. Các hỗ trợ và các dịch vụ can thiệp sớm phải được cung cấp trong những môi trường tự nhiên hoặc điển hình cho trẻ ở cùng độ tuổi (nghĩa là môi trường tự nhiên). Nếu nhóm quyết định rằng không thể đạt được kết quả mục tiêu trong môi trường tự nhiên thì cần phải có lý do giải thích tại sao lại đưa ra quyết định đó và chúng ta sẽ làm gì để chuyển dịch vụ và hỗ trợ vào môi trường tự nhiên trong thời gian sớm nhất.

Kết quả mục tiêu số	Dịch vụ/Hỗ trợ	Bối cảnh (Bối cảnh môi trường không tự nhiên khi cung cấp dịch vụ/hỗ trợ)
<b>Giải thích tại sao không đạt được mục tiêu trong một môi trường tự nhiên.</b>		
<b>Kế hoạch chuyển dịch vụ và/hoặc hỗ trợ vào môi trường tự nhiên:</b>		

## VIII. Thỏa thuận Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP)

### Thông báo trước bằng văn bản và Sự chấp thuận của Phụ huynh cho phép cung cấp các Dịch vụ can thiệp sớm

#### Thông báo trước bằng văn bản:

Cần thông báo trước bằng văn bản cho phụ huynh của trẻ đủ điều kiện trong một khoảng thời gian hợp lý trước khi chương trình đề xuất hoặc từ chối bắt đầu hoặc thay đổi việc xác định, đánh giá hoặc sắp xếp cho trẻ hoặc cung cấp các dịch vụ can thiệp sớm thích hợp cho trẻ hoặc gia đình của trẻ.

#### Hành động được cung cấp:

Để bắt đầu các dịch vụ được liệt kê trong IFSP cần có sự chấp thuận theo Tóm tắt Dịch vụ.

#### Lý do thực hiện hành động :

Sau khi thảo luận tất cả thông tin đánh giá, bao gồm quan sát của gia đình và mối quan tâm, ưu tiên và nguồn lực của gia đình, nhóm IFSP, bao gồm gia đình thống nhất các dịch vụ can thiệp sớm và hỗ trợ khác sẽ được cung cấp để đạt được các kết quả mong muốn.

#### Hành động bị từ chối (nếu có):

#### Lý do từ chối (nếu hành động bị từ chối):

## Trang Chữ ký IFSP

Chấp thuận:

Tôi đã tham gia lập IFSP này và tôi chấp thuận cho phép chương trình và các nhà cung cấp dịch vụ Chương trình Hỗ trợ Sớm cho Trẻ sơ sinh và Trẻ đang tập đi thực hiện các hoạt động liệt kê trong IFSP này.

Chấp thuận có nghĩa là tôi đã được thông báo đầy đủ thông tin về các hoạt động cần có sự chấp thuận, bằng tiếng mẹ đẻ hoặc phương thức giao tiếp khác; Tôi hiểu và đồng ý bằng văn bản cho phép thực hiện các hoạt động cần có sự chấp thuận; chấp thuận mô tả các hoạt động và liệt kê các hồ sơ (nếu có) mà sẽ được tiết lộ và người sẽ được tiết lộ; và việc chấp thuận của tôi là tự nguyện và có thể thu hồi bằng văn bản vào bất kỳ thời điểm nào. Việc thu hồi chấp thuận không có hiệu lực hồi tố (không áp dụng cho các hành động đã xảy ra trước khi thu hồi chấp thuận.)

Tôi hiểu rằng tôi có thể đồng ý hoặc từ chối bất kỳ dịch vụ can thiệp sớm nào (trừ các hoạt động theo thủ tục yêu cầu theo quy định Điều phối Nguồn lực Gia đình) và có thể từ chối một dịch vụ nhất định sau khi đã đồng ý mà không ảnh hưởng đến các dịch vụ can thiệp sớm khác mà con tôi hoặc gia đình tôi nhận được qua Chương trình Hỗ trợ sớm cho Trẻ sơ sinh và Trẻ đang tập đi của bang Washington. (LƯU Ý: Điền vào mẫu Giảm một hoặc nhiều Dịch vụ Can thiệp sớm hoặc Giảm Tham gia Chương trình ESIT nếu phù hợp.)

Tôi hiểu rằng IFSP của tôi sẽ được chia sẻ cho các nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm và các nhà quản lý chương trình chịu trách nhiệm thực hiện IFSP này.

Tôi đã nhận được một bản sao Chương trình Hỗ trợ sớm cho Trẻ sơ sinh và Trẻ đang tập đi bang Washington, Đạo luật Giáo dục Cá nhân bị khuyết tật (IDEA) Phần C, Biện pháp bảo vệ theo thủ tục [Quyền của Phụ huynh] đính kèm thông báo này. Thông tin này bao gồm các thủ tục khiếu nại và khung thời gian tôi có thể sử dụng nếu sau đó tôi quyết định rằng tôi không đồng ý với một quyết định nào đó. Những quyền này đã được giải thích cho tôi và tôi hiểu rõ.

Tôi đã nhận được một bản sao Chương trình Hỗ trợ sớm cho Trẻ sơ sinh và Trẻ đang tập đi bang Washington, Hệ thống Thanh toán và Chính sách Chi phí đính kèm IFSP này. Chính sách này xác định các biện pháp bảo vệ theo thủ tục và các lựa chọn giải quyết tranh cãi mà tôi có thể sử dụng nếu sau đó tôi quyết định không đồng ý với bất kỳ quyết định nào liên quan đến việc lập hoá đơn bảo hiểm công cộng hoặc cá nhân, việc phân chia các khoản phí và/hoặc xác định khả năng hoặc không có khả năng thanh toán. Những quyền này đã được giải thích cho tôi và tôi hiểu rõ.

Chữ ký của (đánh dấu):  Phụ huynh  Người giám hộ hợp pháp  Đại diện phụ huynh Ngày

<b>Người tham gia IFSP dự Họp IFSP:</b>			
Họ tên và Thông tin (viết in)	Chức vụ/Tổ chức	Chữ ký	Ngày
<b>Các cá nhân sau đây không dự họp trực tiếp nhưng có tham gia qua cuộc gọi hội nghị hoặc bằng văn bản (ghi rõ phương thức tham gia):</b>			
Họ tên và Thông tin (viết in)	Chức vụ/Tổ chức	Chữ ký	Cuộc gọi hội nghị/Văn bản

## IX. Đánh giá Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP)

IFSP là một tài liệu động, linh hoạt, có thể được cập nhật khi nhu cầu của con quý vị và gia đình quý vị thay đổi. Đánh giá IFSP phải được thực hiện sáu tháng một lần và có thể tiến hành đánh giá bổ sung bất kỳ khi nào cần thiết phải thay đổi IFSP. Trang này sẽ tóm tắt

các thay đổi được thực hiện đối với IFSP của con quý vị sau mỗi lần đánh giá.

**Ngày đánh giá:** \_\_\_\_\_

**Tóm tắt Kết quả đánh giá** (ví dụ, tiến bộ so với kết quả mục tiêu hoặc kết quả mục tiêu mới xây dựng; thay đổi mối quan tâm, nguồn lực và ưu tiên của gia đình; thay đổi phương thức cung cấp dịch vụ; các kế hoạch cho đến lần đánh giá tiếp theo, v.v.). Bất kỳ thay đổi nào đối với dịch vụ và kết quả mục tiêu được ghi chép trong đánh giá này cũng phải được cập nhật trong phần tương ứng của IFSP hiện tại.

## Thỏa thuận Đánh giá Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP)

### Thông báo trước bằng văn bản và Sự chấp thuận của Phụ huynh cho phép cung cấp các Dịch vụ can thiệp sớm

#### Thông báo trước bằng văn bản:

Cần thông báo trước bằng văn bản cho phụ huynh của trẻ đủ điều kiện trong một khoảng thời gian hợp lý trước khi chương trình đề xuất hoặc từ chối bắt đầu hoặc thay đổi việc xác định, đánh giá hoặc sắp xếp cho trẻ hoặc cung cấp các dịch vụ can thiệp sớm thích hợp cho trẻ hoặc gia đình của trẻ.

#### Hành động đề xuất

Bắt đầu thực hiện các dịch vụ được liệt kê trong IFSP cần có sự chấp thuận theo Tóm tắt Dịch vụ.

#### Lý do thực hiện dịch vụ:

Sau khi thảo luận tất cả thông tin đánh giá, bao gồm quan sát của gia đình và mối quan tâm, ưu tiên và nguồn lực của gia đình, nhóm IFSP, bao gồm gia đình thống nhất các dịch vụ can thiệp sớm và hỗ trợ khác sẽ được cung cấp để đạt được các kết quả mong muốn.

#### Hành động bị từ chối (nếu có):

#### Lý do từ chối (nếu hành động bị từ chối):

## Trang Chữ ký IFSP

Chấp thuận:

- Tôi đã tham gia lập IFSP này và tôi chấp thuận cho phép chương trình và các nhà cung cấp dịch vụ Chương trình Hỗ trợ Sớm cho Trẻ sơ sinh và Trẻ đang tập đi thực hiện các hoạt động liệt kê trong IFSP này. Chấp thuận có nghĩa là tôi đã được thông báo đầy đủ thông tin về các hoạt động cần có sự chấp thuận, bằng tiếng mẹ đẻ hoặc phương thức giao tiếp khác; Tôi hiểu và đồng ý bằng văn bản cho phép thực hiện các hoạt động cần có sự chấp thuận; chấp thuận mô tả các hoạt động và liệt kê các hồ sơ (nếu có) sẽ được tiết lộ và người sẽ được tiết lộ và việc chấp thuận của tôi là tự nguyện và có thể thu hồi bằng văn bản vào bất kỳ thời điểm nào. Việc thu hồi chấp thuận không có hiệu lực hồi tố (không áp dụng cho các hành động đã xảy ra trước khi thu hồi chấp thuận.)
- Tôi hiểu rằng tôi có thể đồng ý hoặc từ chối bất kỳ dịch vụ can thiệp sớm nào (trừ các hoạt động theo thủ tục yêu cầu theo quy định Điều phối Nguồn lực Gia đình) và có thể từ chối một dịch vụ nhất định sau khi đã đồng ý mà không ảnh hưởng đến các dịch vụ can thiệp sớm khác mà con tôi hoặc gia đình tôi nhận được qua Chương trình Hỗ trợ sớm cho Trẻ sơ sinh và Trẻ đang tập đi của Washington. (LƯU Ý: Điền vào mẫu Giảm một hoặc nhiều Dịch vụ Can thiệp sớm hoặc Giảm tham gia chương trình ESIT nếu phù hợp.)
- Tôi hiểu rằng IFSP của tôi sẽ được chia sẻ cho các nhà cung cấp dịch vụ can thiệp sớm và các nhà quản lý chương trình chịu trách nhiệm thực hiện IFSP này.
- Tôi đã nhận được một bản sao Chương trình Hỗ trợ sớm cho Trẻ sơ sinh và Trẻ đang tập đi bang Washington, Đạo luật Giáo dục Cá nhân bị khuyết tật (IDEA) Phần C, Biện pháp bảo vệ theo thủ tục [Quyền của Phụ huynh] đính kèm thông báo này. Thông tin này bao gồm các thủ tục khiếu nại và khung thời gian tôi có thể sử dụng nếu sau đó tôi quyết định rằng tôi không đồng ý với một quyết định nào đó. Những quyền này đã được giải thích cho tôi và tôi hiểu rõ.
- Tôi đã nhận được một bản sao Chương trình Hỗ trợ sớm cho Trẻ sơ sinh và Trẻ đang tập đi bang Washington, Hệ thống Thanh toán và Chính sách Chi phí đính kèm IFSP này. Chính sách này xác định các biện pháp bảo vệ theo thủ tục và các giải pháp khiếu nại mà tôi có thể sử dụng nếu sau đó tôi quyết định không đồng ý với bất kỳ quyết định nào liên quan đến việc lập hoá đơn bảo hiểm công cộng hoặc cá nhân, việc phân chia các khoản phí và/hoặc xác định khả năng hoặc không có khả năng thanh toán. Những quyền này đã được giải thích cho tôi và tôi hiểu rõ.

Chữ ký của (đánh dấu):  Phụ huynh  Người giám hộ hợp pháp  Đại diện phụ huynh Ngày

<b>Người tham gia IFSP dự Hợp IFSP:</b>			
Họ tên và Thông tin (viết in)	Chức vụ/Tổ chức	Chữ ký	Ngày
<b>Các cá nhân sau đây không dự họp trực tiếp nhưng có tham gia qua cuộc gọi hội nghị hoặc bằng văn bản (ghi rõ phương thức tham gia):</b>			
Họ tên và Thông tin (viết in)	Chức vụ/Tổ chức	Chữ ký	Cuộc gọi hội nghị/Văn bản