



## Уведомление и согласие на скрининг

**ЦЕЛЬ:** Предоставить первоначальное письменное уведомление родителям о предлагаемом скрининге и получить согласие родителей на проведение предлагаемого скрининга.

<b>ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА</b>	<b>ДАТА РОЖДЕНИЯ</b>	<b>КООРДИНАТОР СЕМЕЙНЫХ РЕСУРСОВ</b>
------------------------------	----------------------	--------------------------------------

### ОСНОВАНИЕ ДЛЯ УВЕДОМЛЕНИЯ

Программа ESIT предоставит вам первоначальное письменное уведомление в разумные сроки до принятия мер в рамках скрининга (идентификации). Необходимо, чтобы вы предоставили письменное согласие с учетом , полученной информации, поставив подпись ниже. Цель скрининга - определить наличие у вашего ребенка необходимости в прохождении обследования/оценки состояния в рамках программы ESIT. Ниже приведена ваша декларация в отношении уведомления.

*«Согласие» означает: (1) Вы полностью и адекватным образом проинформированы в отношении всех мер и действий, требующих вашего согласия, на вашем родном языке или в другом режиме обмена информацией, в частности, языком жестов, шрифтом Брайля или устно, в соответствующих обстоятельствах; (2) что вы понимаете и соглашаетесь в письменном виде не принимать мер/выполнение действий, требующих вашего согласия; (3) согласие приводит описание действий и перечень документов в отношении раннего вмешательства (при наличии таковых), информация которых будет раскрыта, а также получателей такой информации; и (4) ваше согласие является добровольным и может быть отозвано по письменному запросу в любое время. Отзываемое вами согласие не является ретроактивным (отзыв не относится к каким бы то ни было мерам или действиям, принятым/выполненным до отзыва согласия.)*

### ПРЕДЛАГАЕМЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ/ДЕЙСТВИЯ

Скрининг, проводимые для вашего ребенка, будет касаться одной или нескольких зон/направлений развития: когнитивного, крупной и мелкой моторики, коммуникативного, социально-эмоционального, адаптивного, развития зрения и слуха. Результаты скрининга будут использованы при определении наличия у вашего ребенка необходимости в прохождении обследования/оценки состояния в рамках программы ESIT. В то же время, если вы запросите и предоставите согласие на обследование в любой момент в процессе скрининга, обследование/оценка состояния будут проведены даже в том случае, если у ребенка не наблюдаются признаки инвалидности. В отношении результатов и информации, полученных в рамках скрининга, применяются нормы конфиденциальности.

### ОПИСАНИЕ

Режим проведения скрининга определяется в соответствии с потребностями вашего ребенка. Он может предусматривать анализ медицинских документов/данных о развитии ребенка, собеседование с родителями, наблюдение за ребенком, а также/или применение формальных и неформальных инструментов скрининга. Лицо, проводящее скрининг, обсудит с вами методику и результаты.

### ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ

В случае принятия решения о том, что вашему ребенку необходимо обследование/оценка состояния, такое обследование/оценка состояния и разработка Индивидуального плана семейного обслуживания (ИПСО) должно/должна быть выполнено(-а) в течение 45 календарных дней с даты направления вашего ребенка в программу ESIT. Если вашей семье необходимо дополнительное время сверх 45 дней, необходимо, чтобы вы сообщили об этом вашему координатору семейных услуг.

Дата, когда ваш ребенок был направлен в программу ESIT.

### ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И ДЕКЛАРАЦИЯ СОГЛАСИЯ

С настоящим уведомлением я получил(а) копию данных о моих правах и *Процедурных гарантиях 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*), приложенную к уведомлению.

Инициалы родителя

Эти права разъяснены мне, и я заявляю об их понимании.. Я понимаю, что мое согласие является добровольным, и что в любое время я могу отменить скрининг моего ребенка, даже после подписания настоящего документа. Я понимаю, что, если я не дам разрешение на проведение скрининга, скрининг моего ребенка проведен не будет. Я

понимаю, что могу запросить об обследовании/оценке состояния моего ребенка в любой момент во время скрининга, и такое обследование/оценка состояния будут проведены.

<input type="checkbox"/> Я даю <input type="checkbox"/> Я не даю    согласие с учетом полученной информации на принятие программой ESIT мер, описанных выше.	
<b>ФАМИЛИЯ И ИМЯ РОДИТЕЛЯ, ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ</b>	
<b>ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ</b>	<b>ДАТА</b>

Февраль 2012 г.

<b>ПОЛУЧЕНО, ФАМИЛИЯ, ИМЯ/ДОЛЖНОСТЬ/ОРГАНИЗАЦИЯ</b>	<b>ДАТА</b>
---	-------------

Приложения: *Процедурные гарантии 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)*

Примечание: *родители получают копию формы; подписанная копия формы должна быть приложена к документации ребенка в отношении раннего вмешательства.*

Февраль 2012 г.