



CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN
Kế Hoạch Dịch Vụ Cá Nhân Gia Đình của Nebraska (IFSP)

XIN GIỮ KÍN

| | | |
|--|----------------------------|-----------|
| Tên Đứa Trẻ: | Số Điện Thoại: | Địa Chỉ: |
| Ngày Sinh của Đứa Trẻ: | Số Medicaid: | |
| Ngày Được Giới Thiệu Trợ Giúp Chậm Phát Triển: | Ngày Đồng Ý cho Thẩm Định: | Ngày MDT: |

| | |
|------------------------|--|
| Ngôn ngữ của gia đình: | Gia đình muốn thông dịch viên: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
|------------------------|--|

(Các) Phụ Huynh / Người Giám Hộ:

| | | |
|----------|-----------------------|-----------------------------|
| Tên: | Số điện thoại nhà: | Địa chỉ (nếu khác với trên) |
| Vai Trò: | Số điện thoại sở làm: | Địa chỉ (nếu khác với trên) |
| Tên: | Số điện thoại nhà: | Địa chỉ (nếu khác với trên) |
| Vai Trò: | Số điện thoại sở làm: | Địa chỉ (nếu khác với trên) |
| Tên: | Số điện thoại nhà: | Địa chỉ (nếu khác với trên) |
| Vai Trò: | Số điện thoại sở làm: | Địa chỉ (nếu khác với trên) |
| Tên: | Số điện thoại nhà: | Địa chỉ (nếu khác với trên) |
| Vai Trò: | Số điện thoại sở làm: | Địa chỉ (nếu khác với trên) |

Nếu quý vị bất cứ điều gì thắc mắc về chương trình này hoặc về bất cứ người nào làm việc với con em quý vị, xin gọi cho người có tên ghi ở phần Phối Trí Viên Dịch Vụ.

| | | |
|-----|---------------|-------------------|
| Tên | Số điện thoại | Cơ quan / Địa chỉ |
|-----|---------------|-------------------|

Ngày họp IFSP:

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Tạm thời (Ngày đã gửi) | Bắt đầu (Ngày đã gửi) | Hàng năm (Ngày đã gửi) | |
| Tài Xét Định Ky (Ngày đã gửi) | Tài Xét Định Ky (Ngày đã gửi) | Tài Xét Định Ky (Ngày đã gửi) | Tài Xét Định Ky (Ngày đã gửi) |

Tên của Đứa Trẻ:

NGÀY

NHỮNG U TU VÀ MONG MUỐN NHẤT CỦA GIA ĐÌNH

Tên của Đứa Trẻ:

| NGÀY | CÁC U ĐIỂM CỦA ĐỨA TRẺ VÀ GIA ĐÌNH |
|------|------------------------------------|
| | |

(Ghi Chú về Cập Nhật Định Kỳ)

XIN GIỮ KÍN

Tên của Đứa Trẻ:

MỨC PHÁT TRIỂN HIỆN THỜI CỦA ĐỨA TRẺ (TIẾP THEO)

Lãnh Vực/Ngày Thử Định

| | | | |
|---------------------------------|-----|-------|-------------------|
| Nhìn | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Nhìn (Update) | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Nghe | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Nghe (Update) | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Tình trạng sức khỏe | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Tình trạng sức khỏe (Update) | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |

Tên của Đứa Trẻ:

MỨC PHÁT TRIỂN HIỆN THỜI CỦA ĐỨA TRẺ (TIẾP THEO)

Lãnh Vực/Ngày Thử Định

| | | | |
|---|-----|-------|-------------------|
| Khả Năng Nhận Thức/ Suy Nghĩ | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Khả Năng Nhận Thức/ Suy Nghĩ (Update) | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Khả Năng Truyề n Đạt TưTuởng | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Khả Năng Truyề n Đạt TưTuởng (Update) | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Khả Năng Giao Tiếp/ Tánh Tinh | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Khả Năng Giao Tiếp/ Tánh Tinh (Update) | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |

(Ghi Chú về Cập Nhật Định Kỳ)

(Ngày đã gửi)

Tên của Đứa Trẻ:

MỨC PHÁT TRIỂN HIỆN THỜI CỦA ĐỨA TRẺ (TIẾP THEO)

Lãnh Vực/Ngày Thử Định

| | | | |
|--|-----|-------|-------------------|
| Khả Năng Tự Làm/ Thích Ứng | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Khả Năng Tự Làm/ Thích Ứng (Update) | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Khả Năng Vận Dụng Bằng Tay | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Khả Năng Vận Dụng Bằng Tay (Update) | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Khả Năng Vận Dụng các Bắp Thịt | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |
| Khả Năng Vận Dụng các Bắp Thịt (Update) | năm | tháng | Khả Năng Hiện Tại |

Tên của Đứa Trẻ:

Mục Tiêu/Kết Quả:

Các ưu điểm và nguồn trợ giúp cho đứa trẻ/gia đình liên quan đến mục tiêu này:

Sẽ làm những gì/do ai:

Sự Tiến triển sẽ được tái xét vào

Bao lâu một lần _____ Do ai _____ Cách Đo lường _____

Kế Hoạch Tái Xét cho Mục Tiêu này

Ngày

Những bước Kế tiếp/nhận xét:

Mức tiến triển

Tên của Đứa Trẻ:

Mục Tiêu/Kết Quả:

Các ưu điểm và nguồn trợ giúp cho đứa trẻ/gia đình liên quan đến mục tiêu này:

Sẽ làm những gì/do ai:

Sự Tiến triển sẽ được tái xét vào

Bao lâu một lần _____ Do ai _____ Cách Đo lường _____

Kế Hoạch Tái Xét cho Mục Tiêu này

Ngày

Những bước Kế tiếp/nhận xét:

Mức tiến triển

Tên của Đứa Trẻ:

Mục Tiêu/Kết Quả:

Các ưu điểm và nguồn trợ giúp cho đứa trẻ/gia đình liên quan đến mục tiêu này:

Sẽ làm những gì/do ai:

Sự Tiến triển sẽ được tái xét vào

Bao lâu một lần _____ Do ai _____ Cách Đo lường _____

Kế Hoạch Tái Xét cho Mục Tiêu này

Ngày

Những bước Kế tiếp/nhận xét:

Mức tiến triển

Tên của Đứa Trẻ:

Mục Tiêu/Kết Quả:

Các ưu điểm và nguồn trợ giúp cho đứa trẻ/gia đình liên quan đến mục tiêu này:

Sẽ làm những gì/do ai:

Sự Tiến triển sẽ được tái xét vào

Bao lâu một lần _____ Do ai _____ Cách Đo lường _____

Kế Hoạch Tái Xét cho Mục Tiêu này

Ngày

Những bước Kế tiếp/nhận xét:

Mức tiến triển

Tên của Đứa Trẻ:

Mục Tiêu/Kết Quả:

Các ưu điểm và nguồn trợ giúp cho đứa trẻ/gia đình liên quan đến mục tiêu này:

Sẽ làm những gì/do ai:

Sự Tiến triển sẽ được tái xét vào

Bao lâu một lần _____ Do ai _____ Cách Đo lường _____

Kế Hoạch Tái Xét cho Mục Tiêu này

Ngày

Những bước Kế tiếp/nhận xét:

Mức tiến triển

Tên của Đứa Trẻ:

Mục Tiêu/Kết Quả:

Các ưu điểm và nguồn trợ giúp cho đứa trẻ/gia đình liên quan đến mục tiêu này:

Sẽ làm những gì/do ai:

Sự Tiến triển sẽ được tái xét vào

Bao lâu một lần _____ Do ai _____ Cách Đo lường _____

Kế Hoạch Tái Xét cho Mục Tiêu này

Ngày

Những bước Kế tiếp/nhận xét:

Mức tiến triển

Tên của Đứa Trẻ:

Mục Tiêu/Kết Quả:

Các ưu điểm và nguồn trợ giúp cho đứa trẻ/gia đình liên quan đến mục tiêu này:

Sẽ làm những gì/do ai:

Sự Tiến triển sẽ được tái xét vào

Bao lâu một lần _____ Do ai _____ Cách Đo lường _____

Kế Hoạch Tái Xét cho Mục Tiêu này

Ngày

Những bước Kế tiếp/nhận xét:

Mức tiến triển

Tên của Đứa Trẻ:

Mục Tiêu/Kết Quả:

Các ưu điểm và nguồn trợ giúp cho đứa trẻ/gia đình liên quan đến mục tiêu này:

Sẽ làm những gì/do ai:

Sự Tiến triển sẽ được tái xét vào

Bao lâu một lần _____ Do ai _____ Cách Đo lường _____

Kế Hoạch Tái Xét cho Mục Tiêu này

Ngày

Những bước Kế tiếp/nhận xét:

Mức tiến triển

(Ngày đã gửi)

Tên của Đứa Trẻ:

Mục Tiêu/Kết Quả:

Các ưu điểm và nguồn trợ giúp cho đứa trẻ/gia đình liên quan đến mục tiêu này:

Sẽ làm những gì/do ai:

Sự Tiến triển sẽ được tái xét vào

Bao lâu một lần _____ Do ai _____ Cách Đo lường _____

Kế Hoạch Tái Xét cho Mục Tiêu này

Ngày

Những bước Kế tiếp/nhận xét:

Mức tiến triển

(Ngày đã gửi)

Tên của Đứa Trẻ:

Mục Tiêu/Kết Quả:

Các ưu điểm và nguồn trợ giúp cho đứa trẻ/gia đình liên quan đến mục tiêu này:

Sẽ làm những gì/do ai:

Sự Tiến triển sẽ được tái xét vào

Bao lâu một lần _____ Do ai _____ Cách Đo lường _____

Kế Hoạch Tái Xét cho Mục Tiêu này

Ngày

Những bước Kế tiếp/nhận xét:

Mức tiến triển

Khu học chánh #

Tên của Đứa Trẻ

KẾ HOẠCH XÁC NHẬN IFSP

Ngày Họp Thuyên Chuyển:

Ngày Phỏng Chứng Sẽ Thuyên Chuyển:

| Những Điều Gì Cần Làm | Ai Chịu Trách Nhiệm | Khoảng Thời Gian | Ngày Hoàn Tất |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tên của Đứa Trẻ:

CHỌN LỰA CỦA GIA ĐÌNH: Đồng ý tiếp tục dịch vụ trợ giúp chậm phát triển hoặc bắt đầu dịch vụ giáo dục đặc biệt

Tôi/Chúng tôi đã nhận một bản sao Thông Báo Thuyên Chuyển Hàng Năm.

Tôi/Chúng tôi đã được thông tin về sự khác nhau, và quyền được lựa chọn giữa dịch vụ trợ giúp chậm phát triển được cung cấp thông qua Kế Hoạch Dịch Vụ Cá Nhân Gia Đình (IFSP) theo Đạo Luật Giáo Dục Cá Nhân Khuyết Tật (IDEA) và dịch vụ giáo dục đặc biệt trước tuổi đi học được cung cấp thông qua Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (IEP) theo IDEA khi con tôi/con chúng tôi đạt 3 tuổi.

Tôi/Chúng tôi hiểu rằng nếu tôi/chúng tôi chọn để con tôi/con chúng tôi nhận dịch vụ giáo dục đặc biệt thông qua IEP, con tôi và gia đình sẽ không còn nhận dịch vụ trợ giúp chậm phát triển và cũng sẽ không còn nhận phối trí dịch vụ trợ giúp chậm phát triển.

Tôi/Chúng tôi hiểu rằng nếu tôi/chúng tôi chọn để con tôi/con chúng tôi tiếp tục nhận dịch vụ trợ giúp chậm phát triển thông qua IFSP, tôi/chúng tôi có thể lựa chọn để nhận dịch vụ giáo dục đặc biệt trước tuổi đi học thay vì dịch vụ trợ giúp chậm phát triển vào bất kỳ lúc nào.

Tôi/Chúng tôi hiểu rằng sự đồng ý tiếp tục dịch vụ trợ giúp chậm phát triển là tự nguyện và tôi/chúng tôi có thể rút lại sự đồng ý vào bất kỳ lúc nào.

- Tôi/Chúng tôi đồng ý tiếp tục dịch vụ trợ giúp chậm phát triển cho con tôi/con chúng tôi và gia đình thông qua IFSP sau ngày sinh nhật lần thứ ba của con tôi/ con chúng tôi.
- Tôi/Chúng tôi yêu cầu bắt đầu dịch vụ giáo dục đặc biệt trước tuổi đi học cho con tôi/con chúng tôi và gia đình vào lúc 3 tuổi hoặc sau 3 tuổi.

Chữ ký của Phụ Huynh/Giám Hộ:

Ngày

Chữ ký của Phụ Huynh/Giám Hộ:Ngày

| | |
|-----------------|------------------|
| Khu học chánh # | Tên của Đứa Trẻ: |
|-----------------|------------------|

| | |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> Tạm thời <input type="checkbox"/> Bắt đầu <input type="checkbox"/> Hàng năm <input type="checkbox"/> Tài Xét Định Ky | Ngày |
|---|------|

Có những điều kiện đặc biệt nào về an toàn để đưa đón đứa trẻ này hay không?

CÁC DỊCH VỤ SẼ ĐƯỢC CUNG CẤP ĐẢ HỖ TRỢ CHO TẤT CẢ NHỮNG MỤC VÀ MỤC ĐÍCH

| Service | Location (Where)? Group/Individual? Natural Environment? | Frequency? Length? Method? | Duration When will the Service Start/End? | Who Pays |
|---------|--|----------------------------------|---|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Bao gồm sự chứng minh trong phạm vi về dịch vụ không cung cấp trong môi trường tự nhiên, nếu có

Tên của Đứa Trẻ:

OCÁC DỊCH VỤ/HỖ TRỢ KHÁC MÀ ĐỨA TRẺ/GIA ĐÌNH ĐANG NHẬN HOẶC CÓ NHU CẦU NHƯNG CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP CHẬM PHÁT TRIỂN KHÔNG CUNG CẤP

| Chi Tiết Dịch Vụ | Ngày Bắt Đầu/Kết Thúc | Người chịu trách nhiệm | Nguồn quỹ |
|------------------|-----------------------|------------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

CÁC DỊCH VỤ/TRỢ GIÚP CƠ SỞ GIA ĐÌNH VÀ CỘNG ĐỒNG SẼ ĐƯỢC CUNG CẤP ĐỂ HỖ TRỢ CHO KẾT QUA:

| Dịch Vụ | Giúp đỡ với kết quả | Bao Nhiêu | Ngày Bắt Đầu/Kết Thúc | Nguồn quỹ |
|---------|---------------------|-----------|-----------------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Tên của Đứa Trẻ:

NHÓM CỦA ĐỨA TRẺ / GIA ĐÌNH

Những thành viên trong nhóm có mặt tại buổi họp

 Tạm thời Bắt đầu Hàng năm Tài Xét Định Ky

Ngày

| Viết Tên | Ký Tên | Vai Trò | Địa Chỉ | Số Điện Thoại |
|----------|--------|---------|---------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Những Người Khác có Nhiệm Vụ Trong Nhóm của Đứa Trẻ/Gia Đình

| Viết Tên | Vai Trò | Địa Ch | Số Điện Thoại | Gia Đình Ký Tên Tắt vào Những Bản Gửi Đi |
|----------|---------|--------|---------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Tên của Đứa Trẻ:

SỰ ĐỒNG Ý của phụ huynh/người giám hộ

Dịch vụ trợ giúp chậm phát triển sẽ được cung cấp như đã nêu trong IFSP và sẽ được bắt đầu không quá 30 ngày kể từ ngày trên văn bản đồng ý của tôi/chúng tôi. Tôi/chúng tôi hiểu rằng IFSP sẽ được xem xét tốt thiểu sáu (6) tháng một lần.

Tôi/chúng tôi hiểu rằng sự đồng ý của tôi/chúng tôi là tự nguyện và tôi/chúng tôi có thể rút lại sự đồng ý bất kỳ lúc nào.

Tôi/chúng tôi đã được thông tin về quyết định của đội ngũ IFSP bằng ngôn ngữ của tôi/chúng tôi hoặc hình thức thông tin liên lạc khác.

Tôi/chúng tôi hiểu rằng chúng tôi có thể chấp thuận hoặc từ chối bất kỳ dịch vụ nào liệt kê trong IFSP mà không có ảnh hưởng gì đến các dịch vụ khác mà chúng tôi chấp nhận trong chương trình.

Tôi/chúng tôi hiểu rằng một bản sao IFSP, bản đánh giá trẻ và đánh giá gia đình sẽ được phân phát trong vòng 7 ngày.

Tôi/chúng tôi hiểu chương trình và các quyền của phụ huynh và cho phép thực hiện IFSP, và đồng ý tất cả các dịch vụ trong IFSP.

Chữ ký phụ huynh/người giám hộ

Ngày

Chữ ký phụ huynh/người giám hộ

Ngày

I/We do not agree with the proposed IFSP as written. However, I/we do consent to the following services/frequency:

Chữ ký phụ huynh/người giám hộ

Ngày

Chữ ký phụ huynh/người giám hộ

Ngày