

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

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:

XIN GIỮ KÍN

| NGÀY | NHỮNG U TƯ VÀ MONG MUỐN NHẤT CỦA GIA ĐÌNH |
|------|-------------------------------------------|
|      |                                           |

Tên của Đứa Trẻ:

XIN GIỮ KÍN

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

( ----- Ghi Chú về Cập Nhật Định Kỳ) Tên của Đứa Trẻ:

XIN GIỮ KÍN

## MỨC PHÁT TRIỂN HIỆN THỜI CỦA ĐỨA TRẺ

Lãnh Vực/Ngày Thả Định

Khả Năng Hiện Tại

Nhìn \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nghe \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tình \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

\_\_\_\_\_

trạng  
sức  
khỏe

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ----- Ghi Chú về Cập Nhật Định Kỳ)

Tên của Đứa Trẻ:

XIN GIỮ KÍN

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

Lãnh Vực/Ngày Thả Định

Khả Năng Hiện Tại

Khả Năng \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

Nhận

Thức/

Suy Nghĩ

\_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

Khả \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

Năng

Truyền

Đạt

Tư

Tưởng

\_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

Khả \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

Năng

Giao

Tiếp/

Tánh

Tình

\_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

( ----- Ghi Chú về Cập Nhật Định Kỳ)

Tên của Đứa Trẻ:

XIN GIỮ KÍN

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

Lĩnh Vực/Ngày Thả Định

Khả Năng Hiện Tại

Khả Năng Tự Làm/Thích Ứng \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Khả Năng Vận Dụng Bằng Tay \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Khả Năng Vận Dụng các Bắp Thịt \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tên của Đứa Trẻ:

XIN GIỮ KÍN

---

**MỤC TIÊU/KẾT QUẢ:**

---

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 \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ qua \_\_\_\_\_  
(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:

XIN GIỮ KÍN

---

**MỤC TIÊU/KẾT QUẢ:**

---

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 \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ qua \_\_\_\_\_  
(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:

**XIN GIỮ KÍN**

## 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

**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:

XIN GIỮ KÍN

☐ Tạm thời      ☐ Bắt đầu      ☐ Hàng năm      ☐ 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 ĐÃ HỖ TRỢ CHO TẤT CẢ NHỮNG MỤC VÀ MỤC ĐÍCH:

| Dịch vụ cung cấp<br>bao lâu một lần? | Ở đâu? Theo Nhóm / cá<br>nhân? Môi trường tự nhiên? | Bao nhiêu? | Khi nào thì dịch vụ bắt<br>đầu/Chấm Dứt? | Ai trả tiền? | Ai chịu trách nhiệm? |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------|------------------------------------------|--------------|----------------------|
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |
|                                      |                                                     |            |                                          |              |                      |

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

CÁC DỊCH VỤ/HỖ TRỢ KHÁC MÀ ĐƯA TRẺ/GIA ĐÌNH ĐANG NHẬN HOẶC CÓ NHU CẦU NHƯNG CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP CHẠM 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 QUẢ:

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

## XIN GIŨ' KÍN

### Những thành viên trong nhóm có mặt tại buổi họp

Ngày:

[illegible]

Gia Đình Ký Tên Tất vào Những Bản  
Gởi Đi

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

**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: \_\_\_\_\_

-----

**Tôi/chúng tôi không đồng ý với các đề nghị ghi trong IFSP. Tuy nhiên, tôi/chúng tôi đồng ý các dịch vụ sau đây/số lần:**

Chữ ký phụ huynh/người giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký phụ huynh/người giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_