

العنوان	الهاتف	اسم الطفل
رقم التأمين الصحي الخاص بالطفل		تاريخ ميلاد الطفل
تاريخ فحص الفريق متعدد التخصصات (MDT)	تاريخ الموافقة على التقييم	تاريخ الإحالة للخضوع للتدخل المبكر
هل تحتاج الأسرة إلى مترجم فوري لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		اختبار لغة الأسرة

الوالد (الوالدان) / الوصي		
العنوان (إذا كان مختلفًا)	هاتف المنزل	الاسم
العنوان (إذا كان مختلفًا)	هاتف العمل	الوظيفة
العنوان (إذا كان مختلفًا)	هاتف المنزل	الاسم
العنوان (إذا كان مختلفًا)	هاتف العمل	الوظيفة
العنوان (إذا كان مختلفًا)	هاتف المنزل	الاسم
العنوان (إذا كان مختلفًا)	هاتف العمل	الوظيفة
العنوان (إذا كان مختلفًا)	هاتف المنزل	الاسم
العنوان (إذا كان مختلفًا)	هاتف العمل	الوظيفة

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذه الخطة أو أي من الأشخاص الذين يعملون مع طفلك، فيرجى الاتصال بالشخص المدرج بصفته "مُنسق الخدمات".

عنوان الهيئة	الهاتف	الاسم
--------------	--------	-------

مواعيد اجتماع IFSP:

التاريخ المؤقت/تاريخ الإرسال	التاريخ الأولي/تاريخ الإرسال	التاريخ السنوي/تاريخ الإرسال	تاريخ الإرسال
تاريخ المراجعة الدورية/تاريخ الإرسال			

مخاوف الأسرة والأولويات المطلوبة

التاريخ

نقاط القوة لدى الطفل والأسرة

التاريخ

مستوى التطور الحالي للطفل

مجال/تاريخ التقييم

الرؤية	سنوات	شهور	القدرات الحالية
الرؤية (تحديث)	سنوات	شهور	القدرات الحالية
السمع	سنوات	شهور	القدرات الحالية
السمع (تحديث)	سنوات	شهور	القدرات الحالية
الحالة الصحية	سنوات	شهور	القدرات الحالية
الحالة الصحية (تحديث)	سنوات	شهور	القدرات الحالية

مستوى التطور الحالي للطفل

مجال/تاريخ التقييم

مهارات التفكير المعرفي	سنوات	شهور	القدرات الحالية
مهارات التفكير المعرفي (تحديث)	سنوات	شهور	القدرات الحالية
مهارات التواصل	سنوات	شهور	القدرات الحالية
مهارات التواصل (تحديث)	سنوات	شهور	القدرات الحالية
مهارات السلوك الاجتماعي	سنوات	شهور	القدرات الحالية
مهارات السلوك الاجتماعي (تحديث)	سنوات	شهور	القدرات الحالية

اسم الطفل

مستوى التطور الحالي للطفل

مجال/تاريخ التقييم

			القدرات الحالية	شهور	سنوات	المساعدة الذاتية/مهارات التكيف
			القدرات الحالية	شهور	سنوات	المساعدة الذاتية/مهارات التكيف (تحديث)
			القدرات الحالية	شهور	سنوات	المهارات الحركية الدقيقة
			القدرات الحالية	شهور	سنوات	المهارات الحركية الدقيقة (تحديث)
			القدرات الحالية	شهور	سنوات	المهارات الحركية الكبرى
			القدرات الحالية	شهور	سنوات	المهارات الحركية الكبرى (تحديث)

نقاط قوة الطفل/الأسرة ومصادره المرتبطة بهذه النتيجة

ما هي الإجراءات التي ستُتخذ ومن الذي سينفذها

سُيُراجع مستوى التقدم

من قِبَل من _____ كم مرة _____ من خلال كيفية القياس

مراجعة الخطة لهذه النتيجة

التاريخ

التعليقات الخاصة بالخطوات التالية

مدى التقدم

سري

اسم الطفل

النتائج

نقاط قوة الطفل/الأسرة ومصادره المرتبطة بهذه النتيجة

ما هي الإجراءات التي ستُتخذ ومن الذي سينفذها

سُيُراجع مستوى التقدم

من قِبَل من _____ كم مرة _____ من خلال كيفية القياس

مراجعة الخطة لهذه النتيجة

التاريخ

التعليقات الخاصة بالخطوات التالية

مدى التقدم

سري

اسم الطفل

النتائج

نقاط قوة الطفل/الأسرة ومصادره المرتبطة بهذه النتيجة

ما هي الإجراءات التي ستُخذ ومن الذي سينفذها

سُيراجع مستوى التقدم

من قِبَل من _____ كم مرة _____ من خلال كيفية القياس _____

مراجعة الخطة لهذه النتيجة

التاريخ

التعليقات الخاصة بالخطوات التالية

مدى التقدم

سري

اسم الطفل

النتائج

نقاط قوة الطفل/الأسرة ومصادره المرتبطة بهذه النتيجة

ما هي الإجراءات التي ستُخذ ومن الذي سينفذها

سُيراجع مستوى التقدم

من قِبَل من _____ كم مرة _____ من خلال كيفية القياس _____

مراجعة الخطة لهذه النتيجة

التاريخ

التعليقات الخاصة بالخطوات التالية

مدى التقدم

نقاط قوة الطفل/الأسرة ومصادره المرتبطة بهذه النتيجة

ما هي الإجراءات التي ستُخذ ومن الذي سينفذها

سُيراجع مستوى التقدم

من قِبَل من _____ كم مرة _____ من خلال كيفية القياس

مراجعة الخطة لهذه النتيجة

التاريخ

التعليقات الخاصة بالخطوات التالية

مدى التقدم

نقاط قوة الطفل/الأسرة ومصادره المرتبطة بهذه النتيجة

ما هي الإجراءات التي ستُخذ ومن الذي سينفذها

سُراج مستوى التقدم

من قِبَل من _____ كم مرة _____ من خلال كيفية القياس _____

مراجعة الخطة لهذه النتيجة

التاريخ

التعليقات الخاصة بالخطوات التالية

مدى التقدم

نقاط قوة الطفل/الأسرة ومصادره المرتبطة بهذه النتيجة

ما هي الإجراءات التي ستُخذ ومن الذي سينفذها

سُيراجع مستوى التقدم

من قِبَل من _____ كم مرة _____ من خلال كيفية القياس _____

مراجعة الخطة لهذه النتيجة

التاريخ

التعليقات الخاصة بالخطوات التالية

مدى التقدم

نقاط قوة الطفل/الأسرة ومصادره المرتبطة بهذه النتيجة

ما هي الإجراءات التي ستُخذ ومن الذي سينفذها

سُيراجع مستوى التقدم

من قِبَل من _____ كم مرة _____ من خلال كيفية القياس _____

مراجعة الخطة لهذه النتيجة

التاريخ

التعليقات الخاصة بالخطوات التالية

مدى التقدم

نقاط قوة الطفل/الأسرة ومصادره المرتبطة بهذه النتيجة

ما هي الإجراءات التي ستُخذ ومن الذي سينفذها

سُيراجع مستوى التقدم

من قِبَل من _____ كم مرة _____ من خلال كيفية القياس _____

مراجعة الخطة لهذه النتيجة

التاريخ

التعليقات الخاصة بالخطوات التالية

مدى التقدم

نقاط قوة الطفل/الأسرة ومصادره المرتبطة بهذه النتيجة

ما هي الإجراءات التي ستُخذ ومن الذي سينفذها

سُيراجع مستوى التقدم

من قِبَل من _____ كم مرة _____ من خلال كيفية القياس _____

مراجعة الخطة لهذه النتيجة

التاريخ

التعليقات الخاصة بالخطوات التالية

مدى التقدم

اختيار الأسرة: الموافقة على استمرار خدمات التدخل المبكر أو بدء خدمات التعليم الخاص

- لقد استلمت/استلمنا نسخة من "إشعار الانتقال السنوي".
- قد أبلغت/أبلغنا بالاختلافات الواردة بين خدمات التدخل المبكر المقدمة من خلال خطة IFSP بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA) وخدمات التعليم الخاص لمرحلة ما قبل المدرسة المقدمة من خلال "برنامج التعليم الفردي (IEP)" بموجب قانون IDEA بمجرد بلوغ طفلي/طفلتنا سن 3 سنوات، كما نتمتع بحق الاختيار بين تلك الخدمات.
- أفهم/نفهم أنه إذا اخترت/اخترنا لطفلي/طفلتنا تلقي خدمات التعليم الخاص من خلال برنامج IEP، فلن يتلقى طفلي وأسرتي خدمات التدخل المبكر ولن يتلقوا ميزة تنسيق خدمات التدخل المبكر.
- أفهم/نفهم أنه إذا اخترت/اخترنا لطفلي/طفلتنا الاستمرار في تلقي خدمات التدخل المبكر من خلال خطة IFSP، فقد أختار/نختار في أي وقت تلقي خدمات التعليم الخاص لمرحلة ما قبل المدرسة بدلاً من خدمات التدخل المبكر.
- أفهم/نفهم أن موافقتي/موافقتنا على الاستمرار في تلقي خدمات التدخل المبكر هي موافقة طوعية وأنني/نحن نستطيع إلغاء الموافقة في أي وقت.
- أوافق/نوافق على استمرار خدمات التدخل المبكر لطفلي/طفلتنا وأسرتي/أسرتنا من خلال خطة IFSP بعد عيد ميلاد طفلي/طفلتنا الثالث.
- أطلب/نطلب بدء خدمات التعليم الخاص لمرحلة ما قبل المدرسة لطفلي/طفلتنا وأسرتي/أسرتنا في سن 3 سنوات أو بعد ذلك.

التاريخ	توقيع الوالد/الوصي
التاريخ	توقيع الوالد/الوصي

اسم الطفل

المنطقة التعليمية

التاريخ

مراجعة دورية سنوي أولي مؤقت

هل هناك أي شروط خاصة تتعلق بالنقل الآمن لهذا الطفل؟

الخدمات التي ستقدم لدعم جميع الأهداف والمقاصد

المسؤول عن الدفع	المدة متى ستبدأ/تنتهي الخدمة؟	عدد المرات؟ المدة؟ الطريقة؟	الموقع (أين)؟ مجموعة/فرد؟ بيئة طبيعية؟	الخدمة

اذكر مبرر لمدى عدم تقديم الخدمة في بيئة طبيعية، إن وجد.

اسم الطفل

الخدمات/جوانب الدعم الأخرى التي يتلقاها الطفل/الأسرة أو يحتاج إليها، لكن لا يتطلبها برنامج التدخل المبكر ولا تُموّل من جانبه.

مصدر التمويل	الشخص المسؤول	البداية/النهاية التاريخ	الخدمة الوصف

خدمات/جوانب دعم الإعفاء القائم على المنزل والمجتمع التي ستقدم لدعم نتائج الإعفاء:

مصدر التمويل	تاريخ بدء/انتهاء الخدمة	السعر	المساعدة في النتيجة	الخدمة

فريق الطفل/الأسرة

			أعضاء الفريق الحاضرين في الاجتماع	
التاريخ			<input type="checkbox"/> مراجعة دورية	<input type="checkbox"/> سنوي
الهاتف	العنوان	الوظيفة	التوقيع	الاسم

الأعضاء الآخرون الذين هم جزء من فريق الطفل/الأسرة

الحرف الأول من اسم العائلة لنسخة الصفحات المرسلة	الهاتف	العنوان	الوظيفة	الاسم

الموافقة المستتيرة من جانب الوالدين/الأسرة

سنقدم خدمات التدخل المبكر كما هو موضح في خطة IFSP ويجب أن تبدأ خلال مدة لا تتجاوز 30 يومًا من تاريخ تقديم موافقتي/موافقتنا الكتابية.

- أفهم/نفهم أن خطة IFSP ستُراجع كل سنة (6) أشهر على الأقل.
- أفهم/نفهم أن موافقتي/موافقتنا هي موافقة طوعية وأني/نحن نستطيع إلغاء الموافقة في أي وقت.
- لقد أُبلغتُ/أبلغنا بقرارات فريق IFSP بلغتي/لغتنا الأم أو أي وسيلة تواصل أخرى.
- أفهم/نفهم أنه يمكننا قبول أي خدمة مدرجة في خطة IFSP أو رفضها دون المساس بتلقي الخدمات الأخرى التي نقبلها في الخطة.
- أفهم (نحن) أنه ستوزع نسخة من خطة IFSP والتقييم وتقييم الطفل وتقييم الأسرة في غضون 7 أيام تقويمية.

أنا/نحن نفهم الخطة وحقوق الوالدين ونمنح الإذن بتنفيذ خطة IFSP هذه، ونوافق على جميع الخدمات الواردة في خطة IFSP.

التاريخ	توقيع الوالد/الوصي
التاريخ	توقيع الوالد/الوصي

أنا/نحن لا نوافق على خطة IFSP المقترحة كما هي مكتوبة. لكن، أوافق/نوافق على الخدمات/المعدلات التالية:

التاريخ	توقيع الوالد/الوصي
التاريخ	توقيع الوالد/الوصي