

儿童姓名	电话	地址	
儿童的出生日期		儿童医疗补助计划号码	
转诊至早期干预的日期	同意评估日期	多学科评估日期	
家庭语言选择	家人想要一名口译员 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

父母/监护人:

姓名	家庭电话	地址 (如不同)
角色	工作电话	地址 (如不同)
姓名	家庭电话	地址 (如不同)
角色	工作电话	地址 (如不同)
姓名	家庭电话	地址 (如不同)
角色	工作电话	地址 (如不同)
姓名	家庭电话	地址 (如不同)
角色	工作电话	地址 (如不同)

如果您对本计划或为您的孩子提供的服务有任何疑问, 请联系服务协调员。

姓名	电话	机构地址
----	----	------

IFSP 会议日期:

中期日期/发送日期	最初日期/发送日期	年度日期/发送日期	发送日期
定期审查日期/发送日期	定期审查日期/发送日期	定期审查发送日期	定期审查日期/发送日期

儿童姓名:

日期

家长的顾虑和优先考虑事项

儿童姓名:

日期

儿童和家庭的优势

儿童姓名:

儿童目前的发育水平

评估领域/日期

视力	年	月	当前能力
视力 (更新)	年	月	当前能力
听力	年	月	当前能力
听力 (更新)	年	月	当前能力
健康状况	年	月	当前能力
健康状况 (更新)	年	月	当前能力

儿童姓名:

儿童目前的发育水平

评估领域/日期

认知思维能力	年	月	当前能力
-----	-----	-----	-----
认知思维能力 (更新)	年	月	当前能力
-----	-----	-----	-----
沟通能力	年	月	当前能力
-----	-----	-----	-----
沟通能力 (更新)	年	月	当前能力
-----	-----	-----	-----
社交行为能力	年	月	当前能力
-----	-----	-----	-----
社交行为能力 (更新)	年	月	当前能力
-----	-----	-----	-----

儿童姓名:

儿童目前的发育水平

评估领域/日期

自助/适应技能	年	月	当前能力
自助/适应技能 (更新)	年	月	当前能力
精细动作技能	年	月	当前能力
精细动作技能 (更新)	年	月	当前能力
粗大运动技能	年	月	当前能力
粗大运动技能 (更新)	年	月	当前能力

儿童姓名:

结局

与这一结果相关的儿童/家庭优势和资源。

将由谁做什么

将会审查进展

由谁进行_____多久一次_____通过什么方式衡量_____

针对此结果的计划审查

日期

后续步骤评论

有多少进展

儿童姓名:

结局

与这一结果相关的儿童/家庭优势和资源。

将由谁做什么

将会审查进展

由谁进行_____多久一次_____通过什么方式衡量_____

针对此结果的计划审查

日期

后续步骤评论

有多少进展

儿童姓名:

结局

与这一结果相关的儿童/家庭优势和资源。

将由谁做什么

将会审查进展

由谁进行_____多久一次_____通过什么方式衡量_____

针对此结果的计划审查

日期

后续步骤评论

有多少进展

儿童姓名:

结局

与这一结果相关的儿童/家庭优势和资源。

将由谁做什么

将会审查进展

由谁进行_____多久一次_____通过什么方式衡量_____

针对此结果的计划审查

日期

后续步骤评论

有多少进展

儿童姓名:

结局

与这一结果相关的儿童/家庭优势和资源。

将由谁做什么

将会审查进展

由谁进行_____多久一次_____通过什么方式衡量_____

针对此结果的计划审查

日期

后续步骤评论

有多少进展

儿童姓名:

结局

与这一结果相关的儿童/家庭优势和资源。

将由谁做什么

将会审查进展

由谁进行_____多久一次_____通过什么方式衡量_____

针对此结果的计划审查

日期

后续步骤评论

有多少进展

儿童姓名:

结局

与这一结果相关的儿童/家庭优势和资源。

将由谁做什么

将会审查进展

由谁进行_____多久一次_____通过什么方式衡量_____

针对此结果的计划审查

日期

后续步骤评论

有多少进展

儿童姓名:

结局

与这一结果相关的儿童/家庭优势和资源。

将由谁做什么

将会审查进展

由谁进行_____多久一次_____通过什么方式衡量_____

针对此结果的计划审查

日期

后续步骤评论

有多少进展

儿童姓名:

结局

与这一结果相关的儿童/家庭优势和资源。

将由谁做什么

将会审查进展

由谁进行_____多久一次_____通过什么方式衡量_____

针对此结果的计划审查

日期

后续步骤评论

有多少进展

儿童姓名:

结局

与这一结果相关的儿童/家庭优势和资源。

将由谁做什么

将会审查进展

由谁进行_____多久一次_____通过什么方式衡量_____

针对此结果的计划审查

日期

后续步骤评论

有多少进展

校区

儿童姓名:

IFSP 过渡计划

过渡会议日期

预计过渡日期

需要做什么	由谁负责	时间线	完成日期

儿童姓名:

家庭选择：同意继续早期干预服务或开始特殊教育服务。

- 我/我们已收到年度过渡通知的副本。
- 我/我们已得知，根据《残障人士教育法》（IDEA），在孩子年满 3 岁时，我/我们可以选择继续通过个性化家庭服务计划（IFSP）提供的早期干预服务，或者转为通过个性化教育计划（IEP）提供的学前特殊教育服务。我们了解这两种服务之间的区别以及我们所拥有的选择权。
- 我/我们明白，如果我/我们选择让孩子通过个性化教育计划（IEP）接受特殊教育服务，那么孩子将不再接受早期干预服务，同时家庭也将不再接受早期干预服务的协调。
- 我/我们明白，如果我/我们选择让孩子继续通过 IFSP 接受早期干预服务，我/我们可以随时选择接受学前特殊教育服务，以替代早期干预服务。
- 我/我们明白，继续接受早期干预服务是基于自愿的，并且我/我们有权随时撤销这一同意。
- 我/我们同意在孩子三岁生日后，通过 IFSP 继续为我的孩子和家庭提供早期干预服务。
- 我/我们要求在孩子年满 3 岁后，为其及其家庭启动学前特殊教育服务。

家长/监护人签名

日期

家长/监护人签名

日期

校区	儿童姓名:
----	-------

<input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 初始 <input type="checkbox"/> 年度 <input type="checkbox"/> 定期审查	日期
---	----

是否有特殊条件来确保该儿童的安全出行?

为支持所有目标和目的而提供的服务

服务	位置 (地点)? 团体 / 个人? 自然环境?	频率? 长度? 方法?	持续时间 服务何时开始/结束?	由谁支付

请说明服务不在自然环境中提供的原因 (如有)。

儿童姓名:

儿童/家庭正在接受或需要，且不属于早期干预计划的要求或资助范围的其他服务/支持。

服务描述	开始/结束日期	人负责	资金来源

可支持豁免成果的基于家庭和社区的豁免服务/支持:

服务	帮助有成果	程度	服务开始/结束日期	资金来源

儿童姓名:

儿童/家庭团队

出席会议的团队成员				日期	
<input type="checkbox"/> 中期	<input type="checkbox"/> 初始	<input type="checkbox"/> 年度	<input type="checkbox"/> 定期审查		
姓名	签名	角色	地址	电话	

属于儿童/家庭团队的其他成员

姓名	角色	地址	电话	已发送页面副本的家人姓名首字母

儿童姓名:

父母/家庭知情同意书

早期干预服务将按照 IFSP 中所述提供，并且必须在收到我/我们的书面同意起 30 天内开始。

- 我/我们理解，IFSP 将至少每六个月进行一次审查。
- 我/我们明白，提供此同意是基于自愿原则，并且我/我们可以随时撤回此同意。
- 我/我们已知悉，IFSP 团队将使用我/我们的母语或我们选择的其他交流方式来传达他们的决定。
- 我/我们明白，对于 IFSP 中列出的服务，我们有权选择接受或拒绝，且这一选择不会影响我们继续接受计划中其他服务的权利。
- 我/我们理解，我们将于 7 个日历日收到 IFSP、评估报告、儿童评估和家庭评估的副本。

我/我们了解该计划和家长的权利，同意实施该 IFSP，并同意 IFSP 中的所有服务。

家长/监护人签名	日期
家长/监护人签名	日期

我/我们不同意所提出的书面 IFSP 内容。然而，我/我们同意以下服务和频率：

家长/监护人签名	日期
家长/监护人签名	日期