

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 Thăm 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

Tên của Đứa Trẻ:

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

Lãnh Vực/Ngày Thả 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

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

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 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	Địa điểm (Ở đâu)? Nhóm/Cá nhân? Môi trường tự nhiên?	Tần suất? Thời lượng? Phương pháp?	Khoảng thời gian Dịch vụ sẽ bắt đầu/kết thúc vào khi nào?	Người thanh toán

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 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 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 Kỳ

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 Gởi 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

Tôi/Chúng tôi không đồng ý với IFSP đề xuất như đã nêu. Tuy nhiên, tôi/chúng tôi đồng ý với các dịch vụ/tần suất sau đây:

Chữ ký phụ huynh/người giám hộ

Ngày

Chữ ký phụ huynh/người giám hộ

Ngày