

## El-1 Formu

**Yalnızca hizmet koordinatörünün kullanımı içindir**

(tarih) tarihinde, bu bildirim ve onayın bir kopyası ebeveynlere iletilmiştir

- yüz yüze  posta  e-posta  
yoluyla yoluyla yoluyla

Bugünün tarihi

Çocuğun adı

Çocuğun doğum  
tarihi

Ebeveynin adı

EIDS numarası

### Gelişimsel Tarama için Ön Yazılı Bildirim ve Onay

Gelişimsel tarama, çocuğunuzda herhangi bir gelişimsel gecikme olup olmadığını tespit etmek için kullanılır. Tarama, ebeveyn olarak sizden ve sizin seçtiğiniz kişilerden bilgi toplama, çocuğu gözlemleme ve tüm gelişim alanlarını içeren bir tarama aracı kullanmayı içerir. Tarama sonucundan bağımsız olarak, istediğiniz zaman bir gelişimsel değerlendirme talep edebilirsiniz. Yazılı bildirim, tarama öncesi en az 10 takvim günü içerisinde sağlanmalıdır.

Hizmet koordinatörüm, beni gelişimsel taramaya yönelik tüm konularda bilgilendirdi ve onay verme dahil olmak üzere ebeveynlik haklarımı açıkladı. Ohio Erken Müdahale (EI) Ebeveyn Hakları broşürünün bir kopyası elimde bulunmaktadır. Herhangi bir EI şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum. Çocuğum için gelişimsel tarama yapılmasını kabul ediyorum ve onaylıyorum.

Ebeveynin adı

Ebeveyn imzası

Tarih

#### Zaman Çizelgesi Feragati (isteğe bağlı)

Önerilen işlemde önceki 10 takvim günü içerisinde yazılı bildirim alma hakkım olduğumu biliyorum ve bu hakkımdan feragat ettiğimi onaylıyorum.

Ebeveynin adının  
baş harfleri

Tarih



Department of  
Developmental Disabilities

Eşit Fırsat İşveren ve Hizmet Tedarikçisi

Temmuz, 2019



## El-2 Formu

Bugünün tarihi	Çocuğun adı	Çocuğun doğum tarihi
Ebeveynin adı	EIDS numarası	

**Yalnızca hizmet koordinatörünün kullanımı içindir**

(tarih) tarihinde, bu bildirim ve onayın bir kopyası ebeveynlere iletilmiştir

yüz yüze  posta  e-posta yoluyla  yoluyla

### Gelişimsel Değerlendirme ve Durum Tespiti için Ön Yazılı Bildirim ve Onay

Erken Müdahale (EI) uygunluğu bir değerlendirme ile belirlenir. Gelişimsel değerlendirme, bir veya daha fazla profesyonelden oluşan EI ekibi tarafından çocuğunuzun uygunluğunu belirlemek amacıyla gerçekleştirilir. Genellikle aynı zamanda gerçekleştirilen durum tespiti, çocuğunuzun ailenin gündelik rutinlerine ve etkinliklerine katılımını anlamak anlamına gelmektedir. Değerlendirme ve durum tespiti şunları içerir:

- İfşa etmeyi kabul ettiğiniz tıbbi kayıtlar da dahil olmak üzere ilgili kayıtların incelemesi;
- Çocuğunuzun gözlemlenmesi;
- Çocuğunuzun gelişimi hakkında sizden alınan girdiler; ve
- Çocuğunuzun iletişim, uyumluluk/kişisel bakım, sosyal/duygusal ilişkiler, bilişsel/düşünsel/problem çözme becerisi, motor/hareket becerisi, görme ve duyma yetisi bakımından ortaya koyduğu gelişime yönelik bilgiler sağlayan değerlendirme ve durum tespiti araçlarının kullanımı.

Ailenizin kaynaklarına, önceliklerine ve endişelerine yönelik sağladığınız bilgilerle birlikte bu bilgiler, Bireyselleştirilmiş Aile Hizmet Planı geliştirilmesi ve hem sizi hem de çocuğunuzun desteklemek amacıyla gereken EI hizmetlerinin belirlenmesi için gerekli zemini hazırlar. Değerlendirme ve durum tespitinden en az 10 takvim günü öncesinde tarafınıza bir yazılı bildirim sağlanmalıdır.

(Geçerli tüm seçenekleri işaretlemenizi) öneririz:

- Gelişimsel değerlendirme gerçekleştirerek çocuğunuzun EI için uygunluğunu belirleyin
- Gelişimsel durum değerlendirmesi ile çocuğunuzun güçlü yanlarını ve gereksinimlerini belirleyin

Hizmet koordinatörüm, beni değerlendirme ve/veya durum tespiti için ilgili tüm konular hakkında bilgilendirdi ve onay verme de dahil olmak üzere tüm ebeveyn haklarımı açıkladı. Ohio Erken Müdahale Ebeveyn Hakları broşürünün bir kopyası elimde bulunmaktadır. Herhangi bir EI şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum.

Çocuğum için  değerlendirme  durum tespiti gerçekleştirilmesini onaylıyorum (seçeneklerden birini veya uygunsuzsa, ikisini işaretleyin).

Ebeveynin adı

Ebeveyn imzası

Tarih

#### Zaman Çizelgesi Feragati (isteğe bağlı)

Önerilen işlemten önceki 10 takvim günü içerisinde yazılı bildirim alma hakkım olduğunu biliyorum ve bu hakkımdan feragat ettiğimi onaylıyorum.

Ebeveynin adının  
baş harfleri

Tarih

## El-3 Formu

Bugünün tarihi \_\_\_\_\_ Çocuğun adı \_\_\_\_\_  
Çocuğun doğum tarihi \_\_\_\_\_  
Ebeveynin adı \_\_\_\_\_ EIDS numarası \_\_\_\_\_

**Yalnızca hizmet koordinatörünün kullanımı içindir**  
(tarih) tarihinde, bu bildirim ve onayın bir kopyası ebeveynlere iletilmiştir  
 yüz yüze  posta  e-posta  
yoluyla yoluyla yoluyla  
FDA sunulma tarihi

## Aile Tarafından Yönlendirilen Durum Tespiti için Ön Yazılı Bildirim ve Onay

Erken Müdahale (EI), çocuğun gelişimini desteklemek ve gündelik etkinliklere katılımını artırmak için aile üyelerine ve çocuğun bakımından sorumlu kişilere yardım etmek amacıyla destek ve kaynak sağlar. Bir ebeveyn olarak, çocuğunuzu herkesten daha iyi tanırırsınız. Gün içerisinde size ve ailenize nelerin keyif verdiğini ve nelerin benzersiz zorluklar meydana getirdiğini en iyi siz bilirsiniz.

Aile tarafından yönlendirilen durum tespiti, EI ekibinize çocuğunuzu tüm gündelik etkinliklerinize ve size yardımcı olacak tüm olası kaynaklara başarılı bir şekilde dahil etmek için endişelerinizi ve önceliklerinizi daha detaylı bir şekilde anlatmanız için iyi bir fırsattır. Aile tarafından yönlendirilen durum tespiti gönüllüdür ve yalnızca katılmak isteyen aile üyeleri dahil edilir.

Aileniz hakkında istediğiniz kadar az veya fazla bilgi sağlama hakkına sahipsiniz. Yazılı bildirim, aile tarafından yönlendirilen durum tespitinden önce en az 10 takvim günü içinde sağlanmalıdır.

Hizmet koordinatörüm, beni aile tarafından yönlendirilen durum tespiti için ilgili tüm konular hakkında bilgilendirdi ve onay verme de dahil olmak üzere tüm ebeveyn haklarımı açıkladı. Ohio EI Ebeveyn Hakları broşürünün bir kopyası elimde bulunmaktadır. Herhangi bir EI şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum:

- Gelişimsel değerlendirme gerçekleştirerek çocuğunuzun EI için uygunluğunu belirleyin  
 Gelişimsel durum değerlendirmesi ile çocuğunuzun güçlü yanlarını ve gereksinimlerini belirleyin

Ebeveynin adı \_\_\_\_\_

Ebeveyn imzası \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_

### Zaman Çizelgesi Feragati (isteğe bağlı)

Önerilen işlemden önceki 10 takvim günü içerisinde yazılı bildirim alma hakkım olduğunu biliyorum ve bu hakkımdan feragat ettiğimi onaylıyorum.

Ebeveynin adının  
baş harfleri \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_

# El-04 Formu Bireyselleştirilmiş Aile Hizmet Planı (IFSP)

IFSP tipi ve tarihi	<input type="checkbox"/> Başlangıç	<input type="checkbox"/> Düzenli	<input type="checkbox"/> Yıllık	EIDS numarası Metin girmek için buraya tıklayın veya dokununuz.
	<input type="checkbox"/> Düzenli	<input type="checkbox"/> Düzenli		

## 1. Bölüm: Çocuk ve Aile Bilgileri

Çocuğun adı	Soyadı	İkinci adı	Doğum tarihi
Çocukla konuşulan diller	Tercüman gerekiyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Çocuğun ırkı ve etnisitesi	Ebeveynin ikamet ettiği yerin bağlı olduğu okul bölgesi
Ebeveynin adı	Adres	Çocuk kiminle birlikte yaşıyor? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Biyolojik veya evlat edinen aile değilse, çocukla ilişkisi		Telefon; Cep telefonu (C); Ev (E); İş (İ)	
E-posta adresi	Tercih edilen iletişim yöntemi <input type="checkbox"/> Telefon Araması <input type="checkbox"/> E-posta <input type="checkbox"/> Kısa Mesaj		Tercih edilen iletişim saatleri
Ebeveynin adı	Adres	Çocuk kiminle birlikte yaşıyor? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Biyolojik veya evlat edinen aile değilse, çocukla ilişkisi		Telefon; Cep telefonu (C); Ev (E); İş (İ)	
E-posta adresi	Tercih edilen iletişim yöntemi <input type="checkbox"/> Telefon Araması <input type="checkbox"/> E-posta <input type="checkbox"/> Kısa Mesaj		Tercih edilen iletişim saatleri

## 2. Bölüm: Hizmet Koordinatörü Bilgileri

Erken Müdahale (EI) hizmet koordinatörünüz, EI katılımınız boyunca aşağıdaki işlemleri gerçekleştiren iletişim kurabileceğiniz tek yetkili kişidir. Bu işlemler şunları içerir:

- El kapsamında haklarınızı açıklama ve haklarınızı kullanmanızı sağlamak,
- çocuğunuzun başlangıç ve devam eden uygunluğunu koordine etmek,
- sizin talep ettikleriniz de dahil olmak üzere Bireyselleştirilmiş Aile Hizmet Planı (IFSP) toplantılarını gerekli zaman çizelgelerinde koordine etmek,
- ortaya çıkacak planın işlevselliğinin sağlanması, endişelerinizi ve önceliklerinizi yansıtacak şekilde geliştirilmesi için IFSP ekibine yardımcı olmak,
- gerekli EI hizmetlerini belirlemek, sağlamak, fonlamak ve izlemek için size yardımcı olmak,
- ihtiyacınız duyduğunuz ve talep ettiğiniz diğer destekleri ve kaynakları bulmak ve bunlara erişmenizi sağlamak için size yardımcı olmak,
- ve üç yaştan önce bir geçiş planı geliştirmeyi kolaylaştırmak.

Hizmet koordinatörünün adı	Telefon	E-posta
Kurum adı	Denetmenin adı ve iletişim bilgileri	

Hizmetlerin zamanında alınması (TRS) için son tarih:	Düzenli altı aylık inceleme için son tarih:	Çocuğun 3. doğum günü olan tarihinden az 90 takvim günü ve en fazla 9 ay öncesinde geçiş sonucu ve planlama konferansı (TPC) yapılır
--	---	--

### 3. Bölüm: Uygunluk ve Durum Tespiti

#### Bölüm 3A. Uygunluk

##### Başlangıç Uygunluğu

Çocuğunuz aşağıdaki nedenlerden ötürü Ohio Erken Müdahale (EI) için uygundur:

- El değerlendirme ekibi tarafından (tarih) tarihinde belirlendiği şekilde gelişimsel gecikme.  
Uygunluk özeti için bölüm 3B'ye bakın.
- Gelişimsel gecikmeye neden olma olasılığı yüksek fiziksel veya zihinsel bir hastalık teşhisi.

Teşhis edilen hastalık

El hizmet koordinatörünün teşhis edilen hastalığı onaylama tarihi:

##### Yıllık Uygunluk

Çocuğunuz:

- Üç yaşına kadar uygundur ve yeniden uygunluk değerlendirmesi olmayacaktır.
- Aşağıdaki nedenlerden ötürü bu yılın yeniden değerlendirmesi için uygundur:

- El değerlendirme ekibi tarafından (tarih) tarihinde belirlendiği şekilde gelişimsel gecikme.  
Uygunluk özeti için bölüm 3B'ye bakın.

- Teşhis edilen hastalık

El hizmet koordinatörünün teşhis edilen hastalığı onayladığı tarih

### Bölüm 3B. Değerlendirme Özeti

Aşağıda çocuğunuzun tüm gelişim alanlarında ortaya koyduğu mevcut işlevsellik düzeyinin bir özeti bulunmaktadır. Değerlendirme ekibi, değerlendirme süreci boyunca çocuğunuzun gelişimi hakkında öğrendiklerini açıklar.

**I. Araç yönetimi:** Bu bölümde, değerlendirme ekibi tüm gelişimsel alanlarda (uyumluluk, fiziksel [kaba ve ince motor becerileri, görme, duyma], iletişim, sosyal, duygusal ve bilişsel yetiler) hangi aracın kullanıldığını, uygulama tarihlerini ve sonuçları (puanlara veya klinik görüşe dayanarak bir gecikmenin olup olmadığı da dahil) belgelendirmektedir. Testin yapıldığı yer ve araç veya ortam (uyarlanabilir ekipman, tercüman, işaret dili) bakımından yapılan tüm uyarlamalara yönelik kayıtlar da dahil edilmiştir.

**II. Çocuğunuzun geçmişine yönelik inceleme:** Burada, değerlendirme ekibinin ebeveyn görüşmesinden, sağlık (tıbbi, görme, duyma, beslenme, genetik ve uzman klinik gibi) ve eğitim (en başından avantajlı başlama ve çocuğun bakımından sorumlu dadı gibi) kayıtlarının incelenmesinden öğrenilen bilgilerin bir özeti bulunmaktadır.

**III. Çocuğunuza yönelik kişisel gözlem:** Burada değerlendirme ekibinin değerlendirme sırasında çocuğunuzun gözlemleyerek neler öğrendiğinin bir özeti bulunmaktadır. Burada, çocuğunuzun yer aldığı etkinlik türleri, iletişim kurduğu kişiler, çocuğunuzun yeni ve tanıdık durumlara ve değerlendirme ekibi de dahil olmak üzere insanlara nasıl tepki verdiği yer almaktadır.

**IV. Çocuğunuzun kendine özel gelişimine yönelik iyi bir kavrayış sağlamak için gerekli diğer kaynaklardan elde edilen bilgiler:** Paylaştığınız ancak belgelendirilmemiş diğer tüm bilgiler buraya dahil edilebilir.

**Bölüm 3C. Aile Tarafından Yönlendirilen Durum Tespiti (FDA) Özeti**

Bu bölüm, durum tespit ekibine ailenizin öncelikleri, endişeleri ve kaynakları hakkında anlattıklarınızı özetlemektedir.

---

Tamamlanma tarihi	FDA gerçekleştirmek için kullanılan durum tespiti aracının/araçlarının adı	FDA'yı tamamlayan kişinin adı
-------------------	--	-------------------------------

**Aile kaynakları:** Çocuğunuzun hayatında en önemli ve rutin olarak yer alan kişiler ve bu kişilerin ailenizde oynadığı rol:

Şu anda ailenizin hayatı için en önemli olan kurumlar, örgütler, hizmetler ve etkinlikler:

**Aile rutinleri:** Ailemiz aşağıdaki rutinlere ve etkinliklere katılmaktan keyif alır:

**Ailenin endişeleri:** Gündelik rutinleri ve etkinlikleri yerine getirirken ailemizin yaşadığı, El ekibinin çözümünde yardımcı olabileceği endişeler, zorluklar veya güçlükler:

**Ailenin öncelikleri:** Bunlar aile desteği, etkinlikler, programlar ve örgütler de dahil olmak üzere çocuğumuzun ve ailemizin ihtiyaç duyduğu kaynaklar:

Bu kez, El ekibinin bize en çok şu konularda yardımcı olmasını isteriz:

**Bölüm 3D: Diğer bilgiler:** Ekibimizin şunları bilmesini isteriz:

**Bölüm 3E. Durum Tespiti Özeti**

Çocukların evde ve buldukları topluluklarda etkin ve başarılı katılımcılar olması için üç işlevsel alanda beceri geliştirmesi gerekmektedir: (1) olumlu sosyal-duygusal beceriler geliştirmek; (2) bilgi ve beceri kazanmak ve bunları kullanmak; ve (3) gereksinimlerini karşılamak için uygun aksiyonları almak. Ekibiniz, çocuğunuzun mevcut gelişim düzeyi, ailenizin endişeleri, kaynakları, öncelikleri ve gündelik rutinleriniz hakkında edindiği bilgileri çocuğunuzun gereksinimlerini aynı yaştaki akranlarıyla ilişkili olarak anlamak için kullanır. Bu bilgi, çocuğunuz ve aileniz için anlamlı sonuçlar geliştirilmesini destekler.

**Olumlu Sosyal-Duygusal Beceriler Geliştirme**

Çocuğunuzun aile üyeleriyle, diğer yetişkinlerle ve çocuklarla nasıl etkileşim kurduğunun ve oyunları nasıl oynadığının özeti. Bu; (1) aile üyeleriyle, arkadaşlarla, bakıcılarla ve diğer kişilerle nasıl iletişim kurduğunu ve etkileşime girdiğini, (2) duygularını nasıl gösterdiğini, (3) ce-ee veya sıra alma gibi sosyal oyunlar oynama ya da sözcük, işaret ve mimik kullanma, (4) üzgün olduğunda sakinleşme (5) ve paylaşma ve sıra bekleme gibi toplumsal kuralları anladığını gösterme gibi becerileri içerir.

Çocuğun güçlü yanları

Çocuğun gereksinimleri

**Çocuk Sonuç Özeti (COS) Açıklaması:** Aynı yaştaki akranlarına göre çocuğumuz

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bu sonuç alanında bu yaştaki bir çocuktan beklediğimiz tüm becerilere sahip.  | <input type="checkbox"/> yaşımdan beklenen becerileri henüz kullanmıyor. Çocuk, bu sonuç alanında bulunan pek çok önemli ve orta dereceli temel becerileri kullanıyor.  |
| <input type="checkbox"/> bu sonuç açısından yaşımdan beklediğimiz becerilere sahip ancak bazı endişeler mevcut.  | <input type="checkbox"/> bu sonuç alanında yaşına uygun becerilere sahip olmak için çaba harcamasına yardımcı olacak bazı yeni ortaya çıkan veya orta dereceli temel beceriler ortaya koyuyor.                            |
| <input type="checkbox"/> yaşımdan beklenen pek çok beceriye sahip olsa da bu sonuç alanında biraz daha küçük çocuklardan beklenebilecek bazı davranışlar sergilemeye devam ediyor. | <input type="checkbox"/> yaşımdan çok daha küçük bir çocuk gibi davranıyor denebilir. Başlangıç becerileri ortaya koysa da henüz bu sonuç alanında orta düzeyli işlevsel veya yaşımdan beklenen beceriler ortaya koymuyor |
| <input type="checkbox"/> nadiren yaşımdan beklenen beceriler ortaya koysa da çoğunlukla bu sonuç alanında henüz yaşımdan beklenen davranışları göstermiyor.                        |   |

**Yıllık IFSP için ve çıkış sırasında.** Son çocuk sonuç özeti değerlendirmesinden bu yana çocuğumuz herhangi bir yeni beceri veya *olumlu sosyal-duygusal beceriler* ile ilişkili davranış sergiledi mi?

 Evet Hayır



**Bilgi ve Beceri Kazanma ve Bunları Kullanma**

Çocuğumuzun nasıl yeni şeyler öğrendiğinin ve temel dil, iletişim ve problem çözme becerilerini nasıl kullandığının özeti. Bu, (1) diğerlerinin davranışlarını taklit etmeyi, (2) problem çözümünü, (3) mimik, sözcük veya işaret kullanımını, (4) gereksinimlerini ve isteklerini ifade etmeyi, (5) yönlendirmeleri anlamayı, (6) ve düşünce ve fikirlerini ifade etmeyi içerir.

Çocuğun güçlü yanları

Çocuğun gereksinimleri

**Çocuk Sonuç Özeti (COS) Açıklaması:** Aynı yaştaki akranlarına göre çocuğumuz

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bu sonuç alanında bu yaştaki bir çocuktan beklediğimiz tüm becerilere sahip.  | <input type="checkbox"/> yaşından beklenen becerileri henüz kullanmıyor. Çocuk, bu sonuç alanında bulunan pek çok önemli ve orta dereceli temel becerileri kullanıyor.   |
| <input type="checkbox"/> bu sonuç açısından yaşından beklediğimiz becerilere sahip ancak bazı endişeler mevcut.  | <input type="checkbox"/> bu sonuç alanında yaşına uygun becerilere sahip olmak için çaba harcamasına yardımcı olacak bazı yeni ortaya çıkan veya orta dereceli temel beceriler ortaya koyuyor.                             |
| <input type="checkbox"/> yaşından beklenen pek çok beceriye sahip olsa da bu sonuç alanında biraz daha küçük çocuklardan beklenebilecek bazı davranışlar sergilemeye devam ediyor. | <input type="checkbox"/> yaşından çok daha küçük bir çocuk gibi davranıyor denebilir. Başlangıç becerileri ortaya koysa da henüz bu sonuç alanında orta düzeyli işlevsel veya yaşından beklenen beceriler ortaya koyamıyor |
| <input type="checkbox"/> nadiren yaşından beklenen beceriler ortaya koysa da çoğunlukla bu sonuç alanında henüz yaşından beklenen davranışları göstermiyor.                        |  |

**Yıllık IFSP için ve çıkış sırasında.** Son çocuk sonuç özeti değerlendirmesinden bu yana çocuğumuz herhangi bşr yeni beceri ya da *bilgi ve beceri kazanma ve bunları kullanma* ile ilişkili davranış sergiledi mi?

Evet

Hayır

**Gereksinimlerini Karşılama için Uygun Aksiyonları Alma**

Çocuğunuzun bir yerden başka bir yere gitme, kendi başına yemek yeme ve temel ihtiyaçlarını karşılama gibi kendi gereksinimlerini nasıl gidermeye başladığının özeti. Bu, (1) karnının acıktığını bana söyleme, (2) yardıma ihtiyaç duyduğunu birine ifade etme, (3) erişimi dışında olan bir şeyi almaya çalışma ve (4) giyinme, yemek yeme, tuvalet kullanımı ve iletişim gibi ihtiyaçlarını gidermede çocuğumuzun ne kadar yardıma ihtiyaç duyduğunu içerir.

Çocuğun güçlü yanları

Çocuğun gereksinimleri

**Çocuk Sonuç Özeti (COS) Açıklaması:** Aynı yaştaki akranlarına göre çocuğumuz

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bu sonuç alanında bu yaştaki bir çocuktan beklediğimiz tüm becerilere sahip.  | <input type="checkbox"/> yaşından beklenen becerileri henüz kullanmıyor. Çocuk, bu sonuç alanında bulunan pek çok önemli ve orta dereceli temel becerileri kullanıyor.  |
| <input type="checkbox"/> bu sonuç açısından yaşından beklediğimiz becerilere sahip ancak bazı endişeler mevcut.  | <input type="checkbox"/> bu sonuç alanında yaşına uygun becerilere sahip olmak için çaba harcamasına yardımcı olacak bazı yeni ortaya çıkan veya orta dereceli temel beceriler ortaya koyuyor.                              |
| <input type="checkbox"/> yaşından beklenen pek çok beceriye sahip olsa da bu sonuç alanında biraz daha küçük çocuklardan beklenebilecek bazı davranışlar sergilemeye devam ediyor. | <input type="checkbox"/> yaşından çok daha küçük bir çocuk gibi davranıyor denebilir. Başlangıç becerileri ortaya koysa da henüz bu sonuç alanında orta düzeyli işlevsel veya yaşından beklenen beceriler ortaya koyamıyor. |
| <input type="checkbox"/> nadiren yaşından beklenen beceriler ortaya koysa da çoğunlukla bu sonuç alanında henüz yaşından beklenen davranışları göstermiyor.                        |   |

**Yıllık IFSP için ve çıkış sırasında.** Son çocuk sonuç özeti değerlendirmesinden bu yana çocuğumuz herhangi bir yeni beceri ya da *gereksinimlerini karşılamak için uygun aksiyon alma* ile ilişkili davranış sergiledi mi?

 Evet Hayır**Çokdisiplinli Değerlendirme ve Durum Tespiti Ekip Üyeleri**

Yazılan ad

Disiplin

İletişim bilgileri

## 4. Bölüm: Çocuk ve Aile Sonuçlarımız

Bu bölüm hem başarmak istediğiniz şeye hem de sonucunuzu karşılamak için atmanız gereken adımlara dayanarak bir çocuk veya aile sonucu belirler. Sonuç, değerlendirme ekibinin çocuk veya aile durum tespitlerinden edindiği bilgilere dayanır. Tüm IFSP sonuçları, herkes tarafından kolayca anlaşılabilir bir dilde ve aile tarafından yönlendirilen durum tespiti (gerçekleştirildiyse) sırasında belirttiğiniz önceliklerle açıkça ilişkili olacak bir şekilde yazılmalıdır.

Sonuç numarası	Bu çocuk sonucu şu anlama gelmektedir:xx	<input type="checkbox"/> Olumlu sosyal ilişkiler geliştirme	<input type="checkbox"/> Yeni beceriler kazanma ve yeni bilgiler öğrenme	<input type="checkbox"/> Aksiyon alma	<input type="checkbox"/> Aile katılımını, ailenin refahını veya bilgisini destekleyen sonuç	<input type="checkbox"/> Dönüşüme işaret eden sonuç
----------------	--	---	--	---------------------------------------	---	---

Ailenizin gündelik hayatına yönelik paylaştıklarınıza dayanarak, El desteklerinin ve hizmetlerinin sonucu olarak aile etkinliklerinizde neler olduğunu görmek istersiniz? Ne zaman elde edildiğini nasıl bileceğiz?

Şu anda neler oluyor?

Stratejiler: IFSP sonucunu karşılamak için bize kim ve ne zaman gibi soruların cevabı da dahil olmak üzere ne gibi adımlar ve etkinlikler yardımcı olacak?

Bu sonuçla ilgili olarak size şu anda yardımcı olmak için sahip olduğumuz destekler (resmi ve doğal, El tarafından sağlanmayan hizmetler de dahil).

**Bu sonucun incelemesi: Bir IFSP incelemesi en az altı ayda bir yapılmalıdır, ancak daha erken de yapılabilir. İsteddiğiniz zaman bir IFSP incelemesi talep edebilirsiniz.**

### İnceleme sonucu

<input type="checkbox"/> Karşılanan sonuç	<input type="checkbox"/> İlerleme kaydedildi; mevcut sonuç, strateji ve hizmetlerle devam ediliyor	<input type="checkbox"/> Sonuçla devam ediliyor ve stratejiler ve/veya hizmetler revize ediliyor	<input type="checkbox"/> Sonuç, stratejiler ve hizmetler revize ediliyor	<input type="checkbox"/> Artık aile önceliği yok
---	--	--	--	--

Tarih

Tarih(ler)

Tarih(ler)

Tarih(ler)

Tarih(ler)

**Bu sonucu etkileyen yeni endişeler veya olaylar**

**Bu sonucu karşılamak üzere kaydedilen ilerleme**

**Erken Müdahale hizmetleri: IFSP ekibi sonuçlarımızı desteklemek için mevcut tüm bilgileri kullanarak aşağıdaki EI hizmetlerini belirlemiştir.**

El hizmet tipi	Yöntem	Konum	Sıklık	Oturum uzunluğu	Tedarikçi kurum	Fon kaynağı	Tahmini başlangıç tarihi	Tahmini bitiş tarihi	Sonuç numarası/numaraları

Yöntem: Doğrudan (D); Müşterek (J) •Yüz yüze: (P); Teknoloji (T) Konum: Ev (H); Topluluk (C); Diğer (O)

Çocuğunuzun doğal ortamında sağlanmayacak tüm EI hizmetleri için, sonucun/sonuçların neden doğal ortamda elde edilemeyeceğinin bir açıklaması sağlanacaktır.

Hizmetin doğal bir ortama taşınması için tahmini tarih de dahil olmak üzere, hizmet koordinatörü ve ailenin atacağı adımları listeleyin.

İhtiyaç duyulan ancak henüz koordine edilmeyen tüm EI hizmetlerini yazın.

Gerekli EI hizmetlerini koordine etmek için hizmet koordinatörünün atacağı adımlar.

Hizmetlerin zamanında alınması (TRS) için son tarih:

**5. Bölüm: El Hizmetleri Onayı**

Bu IFSP'de açıklanan Erken Müdahale Hizmetlerinin sağlanması ile ilgili olarak tamamen bilgilendirildim ve sağlanan tüm bilgileri anladım. Ohio Erken Müdahale Ebeveyn Hakları broşürünün bir kopyası elimde bulunmaktadır ve onay vermek için sahip olduğum hakları biliyorum. Herhangi bir Erken Müdahale şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum. Önerilen Erken Müdahale hizmetleri ile ilgili olarak ön yazılı bildirim aldım ve bu IFSP'de açıklanan Erken Müdahale Hizmetlerinin sağlanmasını kabul ediyorum.

Ebeveynin imzası

Ebeveynin adı

Tarih

Ebeveynin imzası

Ebeveynin adı

Tarih

Sonuçların ailenin önceliklerini ve endişelerini yansıtacağını ve El hizmetlerinin bu sonuçları destekleyeceğini onaylıyoruz. Planı ailenin çocuğunun mümkün olan her durumda gündelik etkinliklere katılımına ve bu katıldığı etkinliklerden yeni şeyler öğrenmesine yardım edebilme becerisini destekleyecek şekilde uygulayacağımızı kabul ediyoruz.

İmza

Ad, görev ve kurum

Katılım yöntemi

Tarih

İmza	Ad, görev ve kurum	Katılım yöntemi	Tarih

Katılım yöntemi: Yüz yüze (P); Teknoloji (T); Yazılı (W)

# El-5 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı

Çocuğun doğum tarihi

Ebeveyn(ler)in adı

EIDS numarası

## Erken Müdahale Hizmetleri için Sigorta Kullanım Onayı

### Özel Sigorta Kullanımı

Hizmet koordinatörüm "ödeme sistemi" kuralını ve Erken Müdahale hizmetlerini kendi özel sigortamdan ödemek istediğimde kesintiler, vergi tenzilatları, primler gibi ya da sigorta poliçesinin yıllık veya ömür boyu sağlık sigorta kapsamı üst sınırları nedeniyle kâr kaybı şeklinde gerçekleşen uzun vadeli maliyetler gibi olası tüm maliyetleri tarafıma açıkladı. Bu olası maliyetlere ve sahip olduğum haklara yönelik yazılı bir bildirim tarafıma iletildi. Özel sigortamı kullanmaya onay verdiğimde, şayet ödeyebiliyorsam bir IFSP yılı içerisinde Erken Müdahale hizmetlerinin ilk 55 birimi için eyaletin bana kesintileri ve vergi tenzilatlarını ödeyeceğini biliyorum. Ödeyemeyeceğim tespit edildiyse eyalet, Erken Müdahale hizmetlerinin tüm birimleri için kesintileri ve vergi tenzilatlarını ödeyecektir

Erken Müdahale (El) hizmetleri için özel sigortamın faturalandırılmasını onaylıyorum  Evet  Hayır  Özel sigortam yok

Birincil sigorta poliçe numarası	Başlangıç tarihi	Bitiş tarihi
Sağlık sigortası şirket adı	Sigorta sahibinin adı	
İkincil sigorta poliçe numarası	Başlangıç tarihi	Bitiş tarihi
Sağlık sigortası şirket adı	Sigorta sahibinin adı	

Ebeveyn imzası

Tarih

### Devlet Sigortası Kullanımı

Hizmet koordinatörüm Erken Müdahale sisteminin ödeme kuralını bana açıkladı. Sahip olduğum haklara yönelik yazılı bildirim aldım ve El hizmetlerinden yararlanırken Medicaid yardımlarımı kullandığım için hiçbir olası maliyetle karşılaşmayacağımı biliyorum.

Çocuğumun kişisel olarak tanınmaya neden olacak bilgilerini (çocuğumu belirlemek için kullanılan bilgiler) IFSP'deki Erken Müdahale hizmet tedarikçisiyle ve faturalandırma amaçlı Medicaid kurumuyla paylaşmayı kabul ediyorum ve onaylıyorum

Evet  Hayır  Çocuğum Medicaid sigortasına sahip değil

Medicaid fiş/fatura numarası

Ebeveyn imzası

Tarih

## EI-6 Formu

Bugünün tarihi	Çocuğun adı	Çocuğun doğum tarihi
Ebeveynin adı	EIDS numarası	

**Yalnızca hizmet koordinatörünün kullanımı içindir**  
Geçerliyse, diğer EI uzman personelinden alındığı tarih

### Kayıtların İfşası Onayı ve Bilgi İfşası ve/veya Değiş Tokuşu Onayı

Bir ebeveyn olarak, çocuğunuzun Erken Müdahale (EI) kayıtlarını EI sisteminin bir parçası olmayan diğer insanlara veya kurumlara ifşa edilmesini onaylama veya reddetme hakkına sahipsiniz. Bu formun bir kopyası, kayıtların ifşa edilmesine izin verdiğinizde kurumlarla veya yetkili kişilerle paylaşılacaktır. Bu kurumların veya kişilerin diğer kurumlar için verdiğiniz izinleri bilmesini istemiyorsanız, lütfen birden fazla kayıt ifşası formu talep edin. Ebeveyn olarak, çocuğunuzun EI kaydının tüm bölümlerine istediğiniz zaman erişme hakkına sahipsiniz. Bir EI kaydı, Engelli Bireyler Eğitim Yasası federal kanununun C Bölümü uyarınca çocuğunuzla ilgili toplanan, muhafaza edilen veya kullanılan tüm kayıtları kapsamaktadır.

#### Kayıtların İfşası Onayı

Aşağıdaki EI kayıtlarının ifşa edilmesini onaylıyorum

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bireyselleştirilmiş Aile Hizmet Planı (IFSP) | <input type="checkbox"/> İlerleme notları |
| <input type="checkbox"/> Değerlendirme/durum tespiti sonuçları        | <input type="checkbox"/> Diğer (belirtin) |

Aşağıdaki kurumlara ve kişilere

--

Kayıtların ifşa edilme nedeni

--

Bu onay şu tarihlere kadar geçerlidir

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Çocuğumun şu tarihteki doğum gününe kadar: |
| <input type="checkbox"/> Bir yıl boyunca. Bitiş tarihi belirtin     |
| <input type="checkbox"/> - tarihleri arası                          |

Hizmet koordinatörüm veya EI tedarikçim kayıtların ifşasına yönelik ilgili tüm bilgileri tarafıma sağladı ve onay verme de dahil olmak üzere tüm ebeveynlik haklarımı açıkladı. Ohio Erken Müdahale (EI) Ebeveyn Hakları broşürünün bir kopyası elimde bulunmaktadır. Herhangi bir EI şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum. Çocuğumun kayıtlarının ifşa edileceğini biliyorum ve bunu kabul ediyorum.

Ebeveynin adı

Ebeveyn imzası

Tarih

## Bilgi İfşası veya Değiş Tokuşu Onayı

Aşağıdaki bilgilerin sözlü, yazılı veya elektronik olarak ifşa edilmesini ve/veya değiş tokuşunu onaylıyorum.

Erken Müdahale ve aşağıdaki kurumlar veya kişiler arasında

Bilgi ifşasının veya değiş tokuşunun amacı

Bu onay şu tarihlere kadar geçerlidir

- Çocuğumun şu tarihteki doğum gününe kadar:  
 Bir yıl boyunca. Bitiş tarihi belirtin  
 - tarihleri arası

Çocuğum veya çocuğumun Erken Müdahale kayıtları hakkındaki bilgilerin ifşası ve/veya değiş tokuşu ile ilgili tüm bilgiler tarafıma tamamen açıklandı. Ohio Erken Müdahale Ebeveyn Hakları broşürünün bir kopyası elimde bulunmaktadır ve onay vermek için sahip olduğum hakları biliyorum. Herhangi bir Erken Müdahale şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum.

Ebeveynin adı

Ebeveyn imzası

Tarih



## EI-7 Formu

Bugünün tarihi	Çocuğun adı	Çocuğun doğum tarihi	<b>Yalnızca hizmet koordinatörünün kullanımı içindir</b> (tarih) tarihinde, bu bildirim ve onayın bir kopyası ebeveynlere iletilmiştir <input type="checkbox"/> yüz yüze <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> e-posta yoluyla <input type="checkbox"/> yoluyla
Ebeveynin adı		EIDS numarası	

### Geçiş Onayları

**Okul Bölgesi ve Ohio Eğitim Departmanı (ODE) Bildirimi:** Ohio Erken Müdahale (EI), çocuğunuzun adını ve iletişim bilgilerinizi çocuğunuzun eğitiminden sorumlu okul bölgesi ve ODE ile paylaşmak için onayınıza ihtiyaç duymaktadır. Bu bilgiler, okul bölgelerinin önümüzdeki yıl okul öncesi özel eğitim programlarını planlamasına yardımcı olur.

Hizmet koordinatörüm çocuğumun adını, doğum tarihini ve iletişim bilgilerimi okul bölgesiyle ve ODE ile paylaşmam konusundaki gerekli tüm bilgileri tarafıma iletti ve onay verme de dahil olmak üzere ebeveynlik haklarımı açıkladı. Ohio Erken Müdahale (EI) Ebeveyn Hakları broşürünün bir kopyası elimde bulunmaktadır. Herhangi bir EI şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum.

- Çocuğumun adını, doğum tarihini ve iletişim bilgilerimi okul bölgesiyle ve ODE ile paylaşmayı kabul ediyorum ve bunu onaylıyorum
- Çocuğumun adını, doğum tarihini ve iletişim bilgilerimi okul bölgesi ve ODE ile paylaşmayı onaylamıyorum.

Ebeveynin adı	Ebeveyn imzası	Tarih
---------------	----------------	-------

**Geçiş Planlama Konferansı (TPC):** Çocuğunuzun IDEA, Bölüm B uyarınca okul öncesi hizmetler için uygun bulunması durumunda, Ohio Erken Müdahale (EI) Bölüm B okul öncesi uygunluk belirleme sürecini size açıklayacak okul bölgesinden bir temsilciyle birlikte bir geçiş planlama konferansı düzenlemek için sizden onay talep edecektir. Bu konferans, çocuğunuzun 3. yaş gününden en az 90 gün ve en geç 9 ay önce gerçekleşmelidir.

Çocuğunuzun IDEA, Bölüm B uyarınca okul öncesi hizmetler için uygun olmayabileceği tespit edilirse, EI sizin ve ekibinizin belirlediği diğer topluluk hizmet sağlayıcılarıyla birlikte bir geçiş planlama konferansı düzenlemek için sizden onay talep edecektir.

Hizmet koordinatörüm beni geçiş planlama konferansına (TPC) yönelik tüm konularda bilgilendirdi ve onay verme dahil olmak üzere ebeveynlik haklarımı açıkladı. Ohio Erken Müdahale (EI) Ebeveyn Hakları broşürünün bir kopyası elimde bulunmaktadır. Herhangi bir EI şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum.

- Bir TPC düzenleneceğini biliyorum ve onaylıyorum
- Bir TPC düzenlenmesine onay vermiyorum.

Ebeveynin adı	Ebeveyn imzası	Tarih
---------------	----------------	-------

## El-8 Formu

_____	_____	_____	<b>Yalnızca hizmet koordinatörünün kullanımı içindir</b> (tarih) tarihinde, bu bildirim ve onayın bir kopyası ebeveynlere iletilmiştir <input type="checkbox"/> yüz yüze <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> e-posta yoluyla yoluyla yoluyla
Bugünün tarihi	Çocuğun adı	Çocuğun doğum tarihi	
_____	_____	_____	
Ebeveynin adı		EIDS numarası	

### Çocuğu Yerel Eğitim Kurumuna ve Ohio Eğitim Departmanına (ODE) Nakletme Onayı

Ohio Erken Müdahale (EI) kısa bir süre önce çocuğunuz için bir müracaat aldı. EI doğum tarihinden üç yaşına kadar gelişim gecikmeleri ve çeşitli engellilik durumları yaşayan çocuklar için uygulanan bir program olduğundan, çocuğunuz EI'nin çocuğunuzun uygunluğunu belirlemesi için üç yaşını doldurmaya çok yaklaşmış. Ancak, çocuğunuzun bir gelişim gecikmesi veya engellilik yaşadığından şüpheleniyorsanız, çocuğunuz Engelli Bireyler Eğitim Yasası, Bölüm B uyarınca okul öncesi özel eğitim hizmetlerinden yararlanmak için uygun bulunabilir.

Bir müracaatta bulunmak için okul bölgesiyle bizzat iletişime geçebilirsiniz.

Bir müracaatta bulunmak için EI'nin okul bölgesiyle iletişime geçmesini isterseniz, bunun için onayınızı almamız gerekir. Onayınızı aldıktan sonra iletişim bilgilerinizi, çocuğunuzun adını ve doğum tarihini çocuğunuzun eğitiminden sorumlu okul bölgesiyle ve ODE ile paylaşacağız.

İletişim bilgilerimin ve çocuğumun adının yerel okul bölgemle ve ODE'yle paylaşılacağı konusunda tamamen bilgilendirildim ve bunu kabul ediyorum. Ohio Erken Müdahale Ebeveyn Hakları broşürünün bir kopyası elimde bulunmaktadır. Herhangi bir EI şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum. EI'nin çocuğumun adını, doğum tarihini ve iletişim bilgilerimi okul bölge ve ODE'ye vermesini onaylıyorum.

_____	_____	_____
Ebeveynin adı	Ebeveyn imzası	Tarih

# EI-9 Formu

Bugünün tarihi	Çocuğun adı	Çocuğun doğum tarihi
Ebeveynin adı	EIDS numarası	

**Yalnızca hizmet koordinatörünün kullanımı içindir**

(tarih) tarihinde, bu bildirim ve onayın bir kopyası ebeveynlere iletilmiştir

yüz yüze  posta  e-posta  
yoluyla yoluyla yoluyla

## Ön Yazılı Uygun Bulunmama Tespiti Bildirimi

### Değerlendirme Özeti

Çocuğunuz, birden fazla yöntem kullanılarak ve çokdisiplinli bir şekilde tüm gelişim alanları açısından değerlendirilmiştir. Değerlendirme ekibi, çocuğunuzun ortaya koyduğu puanlara ve klinik görüşe dayanarak hiçbir gecikme ortaya koymadığını belirlemiştir. Çocuğunuz şu anda aynı yaştaki diğer çocuklardan beklenen beceriler ve davranışlar sergilemektedir ve Erken Müdahale için uygun bulunmamıştır. Ekip tarafından çocuğunuzun tüm gelişim alanlarında mevcut işlevsellik düzeyi aşağıda özetlenmiştir. Çocuğunuzun kişisel gözlemlerinden, testlerden (hangi test(ler)in uygulandığı da dahil), çocuğunuzun geçmişi üzerinde yapılan incelemeden ve sizin sağladığınız diğer tüm bilgilerden çocuğunuzun gelişimine yönelik edinilen bilgileri açıklamışlardır.

- I. Araç yönetimi:** Bu bölümde, değerlendirme ekibi tüm gelişimsel alanlarda (uyumluluk, fiziksel [kaba ve ince motor becerileri, görme, duyma], iletişim, sosyal, duygusal ve bilişsel yetiler) hangi aracın kullanıldığını, uygulama tarih(ler)ini ve sonuçları belgelendirmektedir. Testin yapıldığı yer ve araç veya ortam (uyarlanabilir ekipman, tercüman, işaret dili) bakımından yapılan tüm uyarlamalara yönelik kayıtlar da dahil edilmiştir.

- II. Çocuğunuzun geçmişine yönelik inceleme:** Burada değerlendirme ekibinin ebeveyn görüşmesinden ve sağlık (tıbbi, görme, duyma, beslenme, genetik ve uzman klinik gibi) ve eğitim (en başından avantajlı başlama ve çocuğun bakımından sorumlu dadı gibi) kayıtlarının incelenmesinden edinilen bilgilerin bir özeti bulunmaktadır.

**III. Çocuğunuza yönelik kişisel gözlem:** Burada değerlendirme ekibinin değerlendirme sırasında çocuğunuzu gözlemleyerek edindiği bilgilerin bir özeti bulunmaktadır. Burada, çocuğunuzun yer aldığı etkinlik türleri, iletişim kurduğu kişiler, çocuğunuzun yeni ve tanıdık durumlara ve değerlendirme ekibi de dahil olmak üzere insanlara nasıl tepki verdiği yer almaktadır.

**IV. Çocuğunuzun kendine özel gelişimine yönelik iyi bir kavrayış sağlamak için gerekli diğer kaynaklardan elde edilen bilgiler:** Paylaştığınız ancak belgelendirilmemiş diğer tüm bilgiler buraya dahil edilebilir.

### Çokdisiplinli Değerlendirme ve Durum Tespiti Ekip Üyeleri

Yazılan ad

Disiplin

İletişim bilgileri


Çocuğunuzun gelişimini destekleyen fikirler ve öneriler

İlginizi çekebilecek topluluk destekleri ve kaynakları

Ebeveyn olarak, kullanabileceğiniz anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahipsiniz. Erken Müdahale (EI) Ebeveyn Hakları broşürünüzün bir kopyasını ekte bulabilirsiniz. Bu sonuçlara yönelik herhangi bir sorunuz olursa lütfen EI hizmet koordinatörünüzle iletişime geçin. Ayrıca, üç yaşına varmadan önce çocuğunuzun gelişimiyle ilgili yeni endişeler yaşıyorsanız, hizmet koordinatörüyle iletişime geçebilirsiniz.

Hizmet koordinatörü adı

Hizmet koordinatörü iletişim bilgileri

# EI-10 Formu

Bugünün tarihi	Çocuğun adı	Çocuğun doğum tarihi
Ebeveynin adı	EIDS numarası	

**Yalnızca hizmet koordinatörünün kullanımı içindir**

(tarih) tarihinde, bu bildirim ve onayın bir kopyası ebeveynlere iletilmiştir

yüz yüze  posta  e-posta yoluyla  yoluyla

## Ön Yazılı Çıkış Bildirimi

Ohio Erken Müdahale (EI), siz ve çocuğunuz için EI hizmetlerini sonlandırmayı düşünmektedir. Ohio EI, çocuğunuza ait kayıtların bir kopyasını çocuğunuz dokuz yaşına girinceye kadar saklayacaktır. Çocuğunuzun kaydını istediğiniz zaman inceleme veya talep etme hakkına sahipsiniz. Ohio Erken Müdahale, aşağıdaki nedenlerden ötürü bu bildirim aldığınız tarihten en geç 10 gün sonra çocuğunuzun EI sisteminden çıkarmayı düşünmektedir:

- Çocuğunuz tarandı ve herhangi bir gelişimsel gecikme veya engellilik yaşamadığından şüpheleniliyor. EI hizmet koordinatörünüzle iletişime geçerek istediğiniz zaman bir değerlendirme talep edebilirsiniz
- Çocuğunuzun IFSP sonuçları karşılandı ve çocuğunuzun IFSP ekibi herhangi bir ek IFSP sonucunun gerekmediğini onayladı.
- Çocuğunuz için değerlendirme ya da durum tespiti sürecine onay vermediniz.
- EI sistemine katılımı sonlandırdınız.
- Çocuğunuz EI hizmetleri için uygunluk gerekliliklerini karşılamıyor.
- Sizinle iletişim kuramadık. Lütfen bu bildirim aldıktan sonra on gün içerisinde EI hizmet koordinatörünüzle iletişime geçin.
- Gerekli yeniden uygunluk belirlemesi tamamlanmadı.
- Çocuğunuz Ohio eyaletinin dışına taşındı.
- Gerekli yıllık çocuk değerlendirmesi tamamlanmadı.
- Çocuğunuz, üç yaşına varmadan IEP ile Bölüm B hizmetlerine geçiş yaptı.
- Tarafınızca bu kez ailenizin Bireyselleştirilmiş Aile Hizmet Planı (IFSP) sonuçlarına ihtiyacı olmadığı tespit edildi

Yorumlar:

Ebeveyn olarak, kullanabileceğiniz anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahipsiniz. EI Ebeveynlik Hakları broşürünün bir kopyası eklenmiştir. Çocuğunuzun çıkış nedeninin belirsiz veya yanlış olduğunu düşünüyorsanız lütfen benimle iletişime geçin.

El hizmet koordinatörü adı

El hizmet koordinatörü iletişim bilgileri

**Çocuğunuz üç yaşına basmadan önce istediğiniz zaman 1-800-755-4769 no'lu telefonu arayarak ya da [www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org) adresini ziyaret ederek Merkezi Alım ile iletişime geçip yeniden başvuruda bulunabilirsiniz.**

# El-11 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı

Çocuğun doğum tarihi

Ebeveyn(ler)in adı

EIDS numarası

## Önerilen Hizmet Değişikliği Ön Yazılı Bildirimi

Herhangi bir Ohio Erken Müdahale (EI) hizmet sağlayıcısı ailenize ve çocuğunuza sağlanacak EI hizmetlerine başlamayı ya da mevcut hizmetlerde bir değişiklik yapmayı önerirse veya teklif ederse, EI hizmeti başlatılmadan ya da değiştirilmeden en az on gün içerisinde tarafınıza bir yazılı bildirim iletmeliyiz.

Ohio Erken Müdahale çocuğunuz ve aileniz için bir veya daha fazla EI hizmeti

başlatmayı  mevcut hizmet(ler)i değiştirmeyi teklif ediyor.

Önerilen değişikliğin ayrıntıları

Önerilen değişikliğin nedeni

Önerilen değişiklik tarihi (en erken bugünün tarihinden 10 gün sonra olmalıdır)

Bu aksiyona yönelik herhangi bir sorunuz varsa, lütfen olabildiğince hızlı bir şekilde benimle iletişime geçin.

El hizmet sağlayıcısı adı

El hizmet sağlayıcısı iletişim bilgileri

Ebeveyn olarak, kullanabileceğiniz anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahipsiniz. Ohio Erken Müdahale Ebeveyn Hakları broşürünüzün bir kopyasını ekte bulabilirsiniz. Herhangi bir sorunuz varsa, lütfen şu iletişim bilgilerini kullanarak EI hizmet koordinatörünüze ulaşın:

El hizmet sağlayıcısı adı

El hizmet sağlayıcısı iletişim bilgileri

### Zaman Çizelgesi Feragati (isteğe bağlı)

Önerilen işlemten önceki 10 takvim günü içerisinde yazılı bildirim alma hakkım olduğunu biliyorum ve bu hakkımdan feragat ettiğimi onaylıyorum.

Ebeveynin adının  
baş harfleri

Tarih

(tarih) tarihinde (ad/rol) bu bildirim bir kopyasını sağladı ve ebeveynlere onay iletildi

yüz yüze  posta  e-posta  
yoluyla yoluyla

*Bu form EI hizmet koordinatörü dışında başka bir kişi tarafından tamamlandıysa, EI sağlayıcısı bildirimini aşağıdaki kişiye iletildikten sonra beş takvim günü içerisinde bu formun bir kopyasını EI hizmet koordinatörüne iletmelidir*

## El-12 Formu

### Teşhis Edilen Hastalığın Belgelendirilmesi

Sayın sağlık uzmanı — Engelli Bireyler Eğitim Yasası (IDEA), Bölüm C uyarınca uygunluk için devlet ve eyalet gereklilikleri kapsamında, pek çok tıbbi teşhis Erken Müdahale (EI) için otomatik bir uygunluk sağlamaz. Ancak, zihinsel veya fiziksel hastalıkları teşhis ve tedavi etmek için lisanslandırılmış bir uzman, belirli bir çocukta teşhis edilen hastalığın bir gelişimsel gecikmeye neden olabileceğini tespit edebilir. Bu çocuk bir yıl boyunca EI için uygun kabul edilebilir. EI ekibi daha sonra çocuğun program gereksinimlerini belirlemek için kapsamlı bir durum tespiti gerçekleştirecektir. **Bu form kullanılarak EI uygunluğunun belirlenmesi için tüm alanlar doldurulmalıdır.**

Çocuğun adı	Çocuğun doğum tarihi	Ebeveynin adı
Lütfen çocuğunuza konan özel teşhisi yandaki kutuya yazın. Lütfen "genel gecikme", "gelişimsel gecikme" veya "konuşma sorunları" gibi gelişimsel endişelerinizi buraya dahil <b>etmeyin</b> .		

#### Aşağıdaki kutulardan birini seçin

- Çocuğumun tıbbi sorununun aşağıdaki gelişimsel alanlardan en az birinde bir gelişimsel gecikmeye yol açabileceğinden şüpheleniyorum (geçerli tüm seçenekleri seçin)
- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> İletişim | <input type="checkbox"/> Sosyal/duygusal                     |
| <input type="checkbox"/> Motor    | <input type="checkbox"/> Uyumluluk/kişisel bakım/bağımsızlık |
| <input type="checkbox"/> Görme    | <input type="checkbox"/> Bilişsel/sorun çözme                |
| <input type="checkbox"/> Duyma    | <input type="checkbox"/> Diğer (belirtin)                    |

- Bu çocuğun tıbbi durumunun bir gelişimsel gecikmeye yol açabileceğini düşünmeme yol açacak bir nedenim **yok**. Ancak, ebeveynin ve çocuğun uygunluk belirlemesi için bir gelişimsel değerlendirme talep etme hakkı olduğunu biliyorum.

#### Zihinsel veya fiziksel hastalıkları teşhis ve tedavi etmek için lisanslandırılmış uzman

Ad	Lisans türü	Telefon
İmza	E-posta	Tarih

#### Lütfen bur formu Erken Müdahale hizmet koordinatörüne teslim edin

Hizmet koordinatörü adı	Faks numarası	E-posta
-------------------------	---------------	---------

<b>Yalnızca hizmet koordinatörünün kullanımı içindir</b>	
Form alınma tarihi	EIDS numarası

# El-13 Formu

Bugünün tarihi	Çocuğun adı	Çocuğun doğum tarihi	<b>Yalnızca hizmet koordinatörünün kullanımı içindir</b> (tarih) tarihinde, bu bildirim ve onayın bir kopyası ebeveynlere iletilmiştir <input type="checkbox"/> yüz yüze <input type="checkbox"/> posta <input type="checkbox"/> e-posta yoluyla yoluyla Bildirimler diğerlerine (tarih) tarihinde gönderildi.
Ebeveynin adı	EIDS numarası		

## Bireyselleştirilmiş Aile Hizmet Planı (IFSP) Toplantı Bildirimi

Toplantımızın amacı şu olacaktır:

- Durum tespitini tamamlayıp "başlangıç" IFSP planlaması yapılamaya kadar geçici bir IFSP geliştirmek.
- Uygunluğu ve durum tespitini incelemek ve ilk ("başlangıç") IFSP'yi geliştirmek.
- IFSP'de belirlenen sonuçların elde edilmesine yönelik ne kadar ilerleme kaydedildiğini belirlemek için periyodik IFSP incelemesi gerçekleştirmek ve sonuçlarda ya da IFSP'de belirlenen Erken Müdahale hizmetlerinde herhangi bir değişiklik ya da revizyon yapılması gerekip gerekmediğini tespit etmek.
- Uygunluğu ve durum tespit bilgilerini incelemek ve yıllık IFSP geliştirmek.
- Bu IFSP toplantısı geçiş planlama konferansını içerecektir.

IFSP toplantısını aşağıda belirtilen tarih ve saatte ve birlikte karar verilen yerde yapmayı kabul ediyoruz:

Tarih	Saat	Konum
-------	------	-------

IFSP toplantısına katılmaları için aşağıdaki kişilerin davet edilmesini talep ettiniz: Bu bildirim bir kopyası bu kişilere gönderilecektir.

Ad, rol veya ilişki	Ad, rol veya ilişki
Ad, rol veya ilişki	Ad, rol veya ilişki

Ayrıca, IFSP toplantısına aşağıdaki Erken Müdahale hizmet sağlayıcıları davet edilmiştir. Bu bildirim bir kopyası bu kişilere gönderilecektir.

Ad, rol veya kurum	Ad, rol veya kurum
Ad, rol veya kurum	Ad, rol veya kurum

Herhangi bir sorunuz varsa veya bu toplantıya ilişkin herhangi bir şeyi değiştirmek istiyorsanız lütfen El hizmet koordinatörünüzü olarak benimle iletişime geçin:

Hizmet koordinatörü adı	Hizmet koordinatörü iletişim bilgileri
-------------------------	--



## El-14 Form

### Uzman Yönlendirme Takibi

Yalnızca hizmet koordinatörünün kullanımı içindir: El SC  
kurumu tarafından alınan müracaatın tarihi

Yalnızca ebeveyn onayıyla, bu formun bir kopyası çocuğu Erken Müdahale (El) hizmetine yönlendiren uzmana iletilecektir.

Bugünün tarihi	Yönlendirilen çocuğun adı	Çocuğun doğum tarihi
Çocuğu yönlendiren uzmanın adı	Kurum adı	Uzman veya kurumun iletişim bilgileri

Hizmet koordinatörüm, çocuğumun Erken Müdahale (El) müracaat durumunu paylaşmamla ilgili tüm hususlarda beni bilgilendirmiş ve onay verme de dahil olmak üzere tüm ebeveynlik haklarımı açıklamıştır. Ohio Erken Müdahale (El) Ebeveyn Hakları broşürünün bir kopyası elimde bulunmaktadır. Herhangi bir El şikâyetim olması durumunda, anlaşmazlık çözümü seçeneklerine sahip olduğumu biliyorum. Çocuğumun müracaat durumuna yönelik tüm bilgileri yönlendirmeyi yapan uzmanla paylaşmayı kabul ediyorum ve onaylıyorum.

Ebeveynin adı	Ebeveyn imzası	Tarih
---------------	----------------	-------

- Ebeveyn çocuğun başvuru durumuna yönelik bilgileri paylaşmayı onaylamıyor. Daha fazla bilgi için lütfen aileyle iletişime geçin.
- Ebeveynle iletişim kurmak için harcanan tüm çabalar başarısız oldu. Ebeveynin güncel iletişim bilgilerine sahipseniz lütfen bizimle paylaşın.

#### Ebeveynle iletişim kuruldu ve aşağıdaki durum gerçekleşti:

- Ebeveyn Erken Müdahale hizmetlerini reddetti
- Uygunluk belirleme sürecinde
- Ohio Erken Müdahale hizmetleri için uygun
- Ohio Erken Müdahale hizmetleri için uygun değil
- Ebeveyn de dahil olmak üzere Erken Müdahale ekibi bu kez Erken Müdahale hizmetlerinin gerekli olduğuna karar verdi

**Ohio Erken Müdahale müracaatınız için teşekkür eder! 1-800-755-4769 no'lu telefonu arayarak ya da [www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org) adresini ziyaret ederek istediğiniz zaman tekrar başvuru yapabilirsiniz.**

# El-15 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı

Çocuğun doğum tarihi

Ebeveyn(ler)in adı

EIDS numarası

## Ebeveynin Erken Müdahale Hizmetlerini Ödeme Gücünü Belirleme

### Belgelendirme (yalnızca bir seçenek seçilmelidir)

(A) Ohio Medicaid Kartı

(B) Ohio WIC Kartı

(C) Ebeveyn geliri

Ebeveyn geliri

haftalık (52)

iki haftada bir (26)

aylık (12)

iki ayda bir (24)

aile büyüklüğü:

Maaş makbuzu  
tarih(ler)i

Brüt miktar(lar)

Ebeveyn geliri

haftalık (52)

iki haftada bir (26)

aylık (12)

iki ayda bir (24)

aile büyüklüğü:

Maaş makbuzu  
tarih(ler)i

Toplam yıllık gelir

Ailenin geliri sigortasız çocuklar için Sağlıklı Başlangıç Uygunluğu miktarının altında ya da bu miktara eşit mi?  Evet  Hayır  
(%206 FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

### Ebeveynin adının baş harfleri

Finansal bilgilerimi paylaşmamayı seçiyorum ve OAC 5123:10-03 (D) uyarınca sonuçlarını biliyorum. Erken müdahale hizmetlerinin maliyetini kamusal olarak fonlanan ilk 55 birimden sonra ben üstleniyorum.

OAC 5123:2-10-03 (D) uyarınca ebeveyn tarafından sağlanan belgeleri gördüm, inceledim ve ebeveynin Erken Müdahale hizmetlerini ödeme gücünün  olmadığını  olduğunu tespit ettim.

El Hizmet Koordinatörü adı

Tarih

El Hizmet Koordinatörü imzası

Bu formu doldurmak için kullanılan bilgileri inceledim ve hizmet koordinatörüm El hizmetlerini ödeme gücümün olup olmadığını nasıl belirlendiğini bana açıkladı.

Ebeveynin imzası

Tarih

# EI-16 Formu

Bugünün tarihi \_\_\_\_\_ Çocuğun adı \_\_\_\_\_

EIDS numarası \_\_\_\_\_ Çocuğun doğum tarihi \_\_\_\_\_

**Yalnızca hizmet koordinatörünün kullanımı içindir**  
(tarih/IFSP imzalandıktan sonraki 30 gün içerisinde) tarihinde, bu form aşağıdaki formlarla birlikte DODD'ya gönderilmiştir  
 EI-04  EI-05  EI-15

## Erken Müdahale Hizmetleri Ödemesi

Ebeveynin adı			Ebeveynin adı		
Adres			Adres		
Şehir	Eyalet	Posta Kodu	Şehir	Eyalet	Posta Kodu
Sosyal güvenlik numarası			Sosyal güvenlik numarası		
Ev telefonu	İş telefonu		Ev telefonu	İş telefonu	
E-posta			E-posta		
Çocuğun adresi				Ülke	
Şehir	Eyalet	Posta Kodu	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın		

## Önerilen IFSP Erken Müdahale Hizmetleri (gerekirse ek sayfa ekleyin)

Hizmet kategorisi	Tedarikçi adı ve adresi	Sıklık	Ödeme kaynağı

Hizmet koordinatörünün imzası	Tarih	Hizmet koordinatörünün e-posta adresi	
Hizmet koordinatörünün adı	Kurum adı	Telefon numarası	
Adres	Şehir	Eyalet	Posta Kodu

İşbu belgeyle, yukarıda bilgileri sağlanan hizmet koordinatörünü bu başvuruyu başvuruda adı geçen çocuğun hizmet bedelini karşılaması amacıyla Ohio Gelişim Yetersizlikleri Departmanına göndermesi için yetkilendiriyorum.

Ebeveynin adı \_\_\_\_\_ Ebeveyn imzası \_\_\_\_\_ Tarih \_\_\_\_\_

## Yalnızca DODD Kullanımı İçindir

Onaylandı <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	İlk 55 Birim <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Ek hizmet talebi <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Özel tıbbi giderler karşılandı <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Geçerlilik tarihi	Sona erme tarihi
DODD Personeli				Tarih	

# El-17 Formu

Bugünün tarihi

Çocuğun adı

Çocuğun doğum tarihi

Ebeveyn(ler)in adı

EIDS numarası

## Özel Tıbbi Giderler Çalışma Sayfası

Ebeveyn geliri  haftalık (52)  iki haftada bir (26)  aylık (12)  iki ayda bir (24) aile büyüklüğü:

Maaş makbuzu  
tarih(ler)i

Brüt miktar(lar)

Ebeveyn geliri  haftalık (52)  iki haftada bir (26)  aylık (12)  iki ayda bir (24) aile büyüklüğü:

Maaş makbuzu  
tarih(ler)i

Brüt miktar(lar)

Toplam yıllık gelir

%210-401 ve üzeri aile geliri hesaplaması Federal Yoksulluk Seviyesi (FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> adresinde bulunabilir.

Yıllık gelir  $\times$  = EME Cepten ödenen tıbbi gider

ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı tarafından belirlenen ve resmi gazetede yayınlanan en güncel federal yoksulluk düzeyine dayanarak tahmini cepten ödenecek tıbbi giderleri hesapladım ve bu bilgileri ebeveyn ile paylaştım. DODD bu bilgileri ailenin özel tıbbi harcamalarını nihai olarak belirlemek için kullanacaktır.

El Hizmet Koordinatörü adı

Tarih

El Hizmet Koordinatörü imzası



