

書式EI-1

本日の日付

お子様の氏名

生年月日

保護者の氏名

EIDS番号

サービス・コーディネーターのみ使用

(日付) に本通知ならびに
同意書の写しを、保護者に渡しました

対面

郵送

メール

発達スクリーニングの書面による事前通知ならびに同意書

発達スクリーニングはお子様に発育遅延の疑いがある場合、それを判定するために行います。スクリーニングにはあなた、保護者、ならびにあなたが選択するその他人物からの情報収集、またお子様についての観察、さらに発達の全領域を網羅するスクリーニング・ツールの利用が含まれます。スクリーニングの結果に関わらず、いつでも発達評価を申請することができます。スクリーニングの少なくとも10日前までに、書面による通知がされる必要があります。

担当サービス・コーディネーターは発達スクリーニングに関する全情報を知らせ、同意を与えることを含む親権について説明しました。私はオハイオ州早期介入（EI）における親権に関するパンフレットを持っています。EIについて苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。ここに子供の発達スクリーニングについて理解し同意します。

保護者の氏名

保護者の署名

日付

スケジュール表についての権利放棄 (任意)

提案された活動の10日前に、書面による事前通知を受領する権利を放棄することを理解し合意します。

保護者のイニシャル

日付

書式EI-2

本日の日付 お子様の氏名 生年月日

保護者の氏名 EIDS番号

サービス・コーディネーターのみ使用

(日付) に本通知ならびに

同意書の写しを、保護者に渡しました

対面

郵送

メール

発達評価・査定の書面による事前通知ならびに同意書

早期介入 (EI) 適格性は、評価を通じて判定することができます。専門家が1名以上いるEIチームが発達評価を実施し、お子様の適格性を判定します。通常、同時に行われる査定では、家族の日課と活動へお子様の参加について理解することが意図されています。尚、評価ならびに査定には次が含まれます：

- 公開されることに同意する医療記録を含む、関連記録の見直し：
- お子様についての観察：
- お子様の発達に関するあなたからの話、そして話
- コミュニケーション、適応能力／身辺自立、社会的／感情的発達、認知／思考／問題解決、運動／動作、視覚、また聴覚機能におけるお子様の発達についての情報を提供する、評価・査定ツールの使用があります。

この情報はあなたが提供した家族のリソース、優先事項、また懸念に関する情報と合わせて、個別家族支援計画 (IFSP) を作成する準備を行い、あなたとお子様を支援するためにどのようなEIサービスが必要かを判定する基盤となります。評価・査定の少なくとも10日前までに、書面による通知がされる必要があります。

私共は以下を提案します (該当するものすべてにチェック)：

発達評価を実施することで、お子様のEI適格性を確認します。

発達査定を通じて、お子様の長所とニーズを明らかにします。

担当サービス・コーディネーターは評価および／あるいは査定に関する全情報を知らせ、同意を与えることを含む親権について説明しました。私はオハイオ州早期介入における親権に関するパンフレットを持っています。EIについて苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。

ここに子供の 評価 査定 に同意します (該当するもの1つまたは2つにチェック)。

保護者の氏名

保護者の署名

日付

スケジュール表についての権利放棄 (任意)

提案された活動の10日前に、書面による事前通知を受領する権利を放棄することを理解し合意します。

保護者のイニシャル

日付

書式EI-3

本日の日付 _____ お子様の氏名 _____ 生年月日 _____

保護者の氏名 _____ EIDS番号 _____

サービス・コーディネーターのみ使用		
<input type="text"/>	(日付)に本通知ならびに同意書の写しを、保護者に渡しました	
<input type="checkbox"/> 対面	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> メール
家族志向について査定 (FDA) 提供日	<input type="text"/>	

家族志向についての査定に関する書面による事前通知ならびに同意書

早期介入 (EI) は家族と介護者を支援するため、サポートと手助けを構築また提供し、お子様の発達と日常生活への参加を促します。親として、あなたは子供のことを誰よりも理解しています。あなたと家族に喜びをもたらす日常の出来事、または独自の課題が提供される事柄が何か知っています。

家族志向についての査定は担当するEIチームに、お子様を日常活動に上手く包括していく上での懸念と優先事項について、そして支援する可能性ある手助けについて詳細に伝える機会です。家族志向についての査定は自主的に行われ、参加を希望する家族のみが含まれます。

できるだけ多く、または少なくというように、家族のことについて希望する分だけ共有する権利があります。家族志向についての査定の少なくとも10日前までに、書面による通知がされる必要があります。

担当サービス・コーディネーターは家族志向についての査定に関する全情報を知らせ、同意を与えることを含む親権について説明しました。私はオハイオ州早期介入における親権に関するパンフレットを持っています。EIについて苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。

- 家族志向についての査定に同意します。
- 家族志向についての査定に同意しません。

保護者の氏名 _____ 保護者の署名 _____ 日付 _____

スケジュール表についての権利放棄 (任意)

提案された活動の10日前に、書面による事前通知を受領する権利を放棄することを理解し合意します。

保護者のイニシャル _____ 日付 _____

IFSP種類	<input type="radio"/> 初回	<input type="radio"/> 定期	<input type="radio"/> 年次	EIDS番号
ならびに日付	<input type="radio"/> 定期	<input type="radio"/> 定期		

セクション1：お子様とご家族の情報

お子様の名前	名字	ニックネーム	生年月日
お子様との会話で使用する言語	通訳は必要ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	お子様の人種ならびに民族性	保護者が居住する学区
保護者の氏名	住所	お子様と同居していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
生物学上の親または養父母ではない場合における、子供との関係	電話番号：携帯電話 (C) : 自宅 (H) : 職場 (W)		
メールアドレス	ご希望の連絡方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> SMS	ご希望の連絡時間帯	
保護者の氏名	住所	お子様と同居していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
生物学上の親または養父母ではない場合における、子供との関係	電話番号：携帯電話 (C) : 自宅 (H) : 職場 (W)		
メールアドレス	ご希望の連絡方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> SMS	ご希望の連絡時間帯	

セクション2：サービス・コーディネーターの情報

担当の早期介入 (EI) サービス・コーディネーターは、EI参加期間中において以下の活動実施に関する単一の窓口となります。活動は次の通りで、

- EIにおける権利についての説明と保証、
- 初期適格性と継続的な適格性の設定、
- あなたの申請によるものを含める、決められたスケジュール内での個別家族支援計画 (IFSP) ミーティングの設定、
- 不安と優先事項を反映し機能している発達成果を活用しIFSPチームを助け、
- 必要なEIサービスの特定、獲得、資金調達、また監視における支援を行い、
- 必要であり求められるその他サポートと手助けを見い出し利用につなげる力を貸し、
- そして3歳未満であるお子様についての移行計画の策定を進めます。

サービス・コーディネーターの氏名	電話番号	メールアドレス
機関名	管理者の氏名ならびに連絡先	

適時にサービスを受ける (TRS) 期日	6ヶ月の定期見直し期日	移行成果ならびに計画会議 (TPC) の期日は、3歳になる誕生日の90日以上前から9ヶ月未満の範囲で
----------------------	-------------	--

セクション3：適格性と査定

セクション3A：適格性

初期適格性

お子様はオハイオ州早期介入（EI）に、次の理由により適格性があります：

発育遅延をEI評価チームにより判定された（日付）。適格性の概要はセクション3Bを参照して下さい。

身体的または精神的な状態において、発育遅延の可能性が高いと診断された。

診断 _

EIサービス・コーディネーターが診断を確認した日付 _

年次適格性

お子様は：

3歳まで適格性を有し、適格性の再判定は該当しません。

本年の再判定は次の理由によります：

発育遅延をEI評価チームにより判定された（日付）。適格性の概要はセクション3Bを参照して下さい。

診断 _

EIサービス・コーディネーターが診断を確認した日付 _

セクション3B：評価の概要

以下はお子様の発達領域すべてにおける、現在の機能レベルに関する概要です。お子様の発達について、評価チームが評価行程を通じて確認したことを説明します。

- I. **ツールの実施**：本セクションでは評価チームはどのツールを使用したか、実施日、発達領域すべて（適応能力、身体機能 [粗大運動、微細運動、視覚、聴覚]、コミュニケーション、社会的感情、認知）での結果（点数または臨床的見解に基づいた遅延があるかを含む）を記録します。さらにテストの実施場所、またツールあるいは環境（補装具、通訳、手話）に対するあらゆる適応に関するメモが含まれます。

- II. **生育歴の見直し**：評価チームが保護者との面談、健康状態の見直し（医療、視覚、聴覚、栄養、遺伝的特徴、専門クリニック）、教育記録（早期の就学前教育、児童保育提供者）を通じて分かったことに関する概要です。

- III. **お子様についての観察**：評価チームが評価の中で、お子様を観察して分かったことの概要です。お子様が参加した活動の種類、関わった人、またお評価チームを含む新しい／慣れ親しんだ状況と人に対する反応などです。

- IV. **お子様独自の発達について理解を得るために、必要に応じて利用するその他情報源からのもの**：共有したが、どこにも記録されていないその他情報が含まれる可能性があります。

セクション3C：家族志向についての査定（FDA）概要

本セクションでは査定チームへ家族の優先事項、懸念、また手助けについて話されたことを要約しています。

完了した日付

FDA実施のために使用した査定ツール名

FDAを完了した担当者の氏名

家族のリソース：お子様の人生において最も重要かつ日常的に存在する人と、その人が家族内で果たす役割：

家族の生活について、現在の段階で最も重要である機関、組織、サービス、また活動：

家族の日課：家族は以下の日課と活動に加わることを楽しんでいます：

家族の問題：家族が日課と活動の中で体験する懸念、困難、または課題で、EIチームが取り組む上で役に立つ可能性のある事柄：

家族における優先事項：子供と家族が必要とする、家族の支援、活動、プログラム、また組織を含めるリソースです：

この時点で、EIチームに一番助けてもらいたいことは：

セクション3D：その他情報：担当チームに知ってもらいたいことは：

セクション3E : 査定の概要

子供達が家庭ならびに所属コミュニティで活動的になり、上手く参加するためには、3つの機能領域での能力開発が必要です：（1）明確な社会的感情能力の発達；（2）知識ならびに能力の獲得と活用；そして（3）要求を満たすための適切な行動を取ることです。担当チームはお子様における現在の発達レベル、家族の懸念、リソースと優先事項、そして日常行動に関する情報を活用し、お子様の同年齢との関係における個別ニーズを理解します。情報はお子様とご家族にとって、意味のある成果の策定を助けます。

明確な社会的感情能力の発達

子供の家族、他の大人、また子供に対する反応と遊び方の概要です。次のような能力が含まれます：

- （1）家族、友達、介護者、他の人とのコミュニケーションと反応、（2）自分の感情を表現する、（3）いないいないばあ、言葉、音、しぐさ、または身振りを使った交代で行うゲームなど、社会性の必要なゲームをする、（4）興奮状態の時に落ち着く（5）そして、共有ならびに順番の交代といった、社会的規則に理解を示すことです。

お子様の長所

お子様のニーズ

お子様に関する成果の要約（COS）報告：同年齢の子供と比較して、お子様は

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> この成果の領域において同年齢で期待されるような、すべての能力を有しています。 <input type="checkbox"/> 成果に関し、同年齢で期待されるような能力を持っています。ただし、不安があります。 <input type="checkbox"/> 同年齢に期待される能力の多くを示していますが、この成果の領域において少し低い年齢の子供に見られる可能性がある機能を示す状態が続いています。 <input type="checkbox"/> 同年齢に期待される能力の一部を時おり使用していますが、お子様の能力の多くは、まだこの成果の領域で期待される年齢相応のものではありません。 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> まだ同年齢に期待される能力を使用していません。お子様はこの成果の領域において、身に付けるべき重要で差し当たって必要な基本的な多くの能力を使用しています。 <input type="checkbox"/> この成果の領域において、お子様の年齢相応の能力を身に付ける取り組みに役立つ、発達段階または差し当たって必要な基礎的な能力を有しています。 <input type="checkbox"/> ずっと低い年齢の子供のような能力ということができます。お子様は早期の能力を示していますが、この成果の領域において差し当たって必要な基礎的なものではない、または年齢相応の能力ではありません。 |
|---|---|

年次IFSPならびに終了。前回されたお子様に関する成果の要約における評価の後で、**明確な社会的感情能力の発達**について、新たな能力または行動が示されたか。

はい いいえ

知識と能力の獲得ならびに活用

子供が新しいことを学ぶやり方、また基本的な言語、コミュニケーション、ならびに問題解決能力を使う方法の概要です。(1) 他者の行動を真似する、(2) 問題解決、(3) 身振り、単語、またはしぐさの使用、(4) 要求と欲求を伝える、(5) 指示を理解する、(6) 思考とアイデアを伝えることが含まれます。

お子様の長所

お子様のニーズ

お子様に関する成果の要約 (COS) 報告： 同年齢の子供と比較して、お子様は

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> この成果の領域において同年齢で期待されるような、すべての能力を有しています。 | <input type="checkbox"/> まだ同年齢に期待される能力を使用していません。お子様はこの成果の領域において、身に付けるべき重要で差し当たって必要な基本的な多くの能力を使用しています。 |
| <input type="checkbox"/> 成果に関し、同年齢で期待されるような能力を持っています。ただし、不安があります。 | <input type="checkbox"/> この成果の領域において、お子様の年齢相応の能力を身に付ける取り組みに役立つ、発達段階または差し当たって必要な基礎的な能力を有しています。 |
| <input type="checkbox"/> 同年齢に期待される能力の多くを示していますが、この成果の領域において少し低い年齢の子供に見られる可能性がある機能を示す状態が続いています。 | <input type="checkbox"/> ずっと低い年齢の子供のような能力ということができます。お子様は早期の能力を示していますが、この成果の領域において差し当たって必要な基礎的なものではない、または年齢相応の能力ではありません。 |
| <input type="checkbox"/> 同年齢に期待される能力の一部を時おり使用していますが、お子様の能力の多くは、まだこの成果の領域で期待される年齢相応のものではありません。 | |

年次IFSPならびに終了。前回されたお子様に関する成果の要約における評価の後で、

はい いいえ

知識ならびに能力の獲得と使用に関して、新たな能力と行動を示しましたか。

要求を満たすために適切な行動を取る

お子様が自身の要求にいかに対処し始めているかの概要です。例えば、場所の移動、自分で食事する、基本的要求に対処するなどです。(1) 空腹であることを知らせる、(2) 助けが必要であることを誰かに知らせる、(3) 手の届かないものを手に入れようとする、(4) 着替え、食事、トイレの使用、コミュニケーションでどの程度の助けが必要かといったことが含まれます。

お子様の長所

お子様のニーズ

お子様に関する成果の要約 (COS) 報告：同年齢の子供と比較して、お子様は

- | | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> この成果の領域において同年齢で期待されるような、すべての能力を有しています。</p> <p><input type="checkbox"/> 成果に関し、同年齢で期待されるような能力を持っています。ただし、不安があります。</p> <p><input type="checkbox"/> 同年齢に期待される能力の多くを示していますが、この成果の領域において少し低い年齢の子供に見られる可能性がある機能を示す状態が続いています。</p> <p><input type="checkbox"/> 同年齢に期待される能力の一部を時おり使用していますが、お子様の能力の多くは、まだこの成果の領域で期待される年齢相応のものではありません。</p> | <p><input type="checkbox"/> まだ同年齢に期待される能力を使用していません。お子様はこの成果の領域において、身に付けるべき重要で差し当たって必要な基本的な多くの能力を使用しています。</p> <p><input type="checkbox"/> この成果の領域において、お子様の年齢相応の能力を身に付ける取り組みに役立つ、発達段階または差し当たって必要な基礎的な能力を有しています。</p> <p><input type="checkbox"/> ずっと低い年齢の子供のような能力ということができません。お子様は早期の能力を示していますが、この成果の領域において差し当たって必要な基礎的なものではない、または年齢相応の能力ではありません。</p> |
|--|---|

年次IFSPならびに終了。前回されたお子様に関する成果の要約における評価の後で、要求を満たすために適切な行動を取ることに、新たな能力または行動を示しましたか。

はい いいえ

多領域評価・査定チームメンバー

印刷された氏名

専門分野

連絡先

セクション4：お子様と家族の成果

本セクションではお子様または家族の成果、また達成したい事柄に基づき成果に到達するための段階も確認します。成果はチームがお子様ならびに家族の査定から得た情報に基づいています。IFSPの各成果は書面にて誰もが容易に理解できる言葉で、また家族志向についての査定（実施された場合）の中で、あなたが優先事項としたものと明確に関連する方法で記載されなければなりません。

成果番号	お子様が取り組む成果	<input type="checkbox"/> 明確な社会的関係の構築	<input type="checkbox"/> 新たな能力と知識の獲得と使用	<input type="checkbox"/> 対応する	<input type="checkbox"/> 成果は家族の参加、家族の幸福、または情報に対処する	<input type="checkbox"/> 成果は移行に対処する
------	------------	--------------------------------------	---	-------------------------------	--	-------------------------------------

家族の日常生活について共有したことを基に、EIサポートとサービスの結果として家族の活動で起こってもらいたいことは何ですか。達成できたことは、どのように分かりますか。

今、何が起きていますか。

戦略：どのような段階と行動が誰・いつを含めて、IFSP成果の達成に役立ちますか。

成果の達成に役立つ現在の段階で、利用可能なサポート（公式ならびに自然のもの、EI提供のサービス以外も含む）。

成果の見直し：IFSPの見直しは少なくとも半年毎に行う必要がありますが、それより短い期間でも可能です。いつでもIFSP見直しを申請することができます。

見直しの結果

- | | | | | |
|----------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 達成された成果 | <input type="checkbox"/> 進歩あり：現在の成果、戦略、またサービスを継続 | <input type="checkbox"/> 成果を継続し、戦略および/あるいはサービスを修正する | <input type="checkbox"/> 成果、戦略、またサービスの修正 | <input type="checkbox"/> すでに保護者の優先事項ではない |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 日付 | 日付 | 日付 | 日付 | 日付 |

成果に影響を与える新たな懸念またはイベント

成果の達成に向かう進歩

早期介入サービス：利用可能な情報すべてを使用して、**IFSP**チームは成果達成を支える以下の**EI**サービスを
確認しました。

EIサービスの種類	方法	場所	頻度	期間の長さ	提供機関	資金源	開始予定日	終了予定日	成果番号

方法：直接 (D) : 共同 (J) ・対面： (P) : 技術 (T)

場所：自宅 (H) : コミュニティ (C) : その他 (O)

子供の自然な環境では提供されない、各EIサービスについては、ありのままの環境では成果が達成できない理由についての説明を記載します。

サービス・コーディネーターと家族が通過する段階を、ありのままの環境にサービスを取り入れる予定日を含めリストにします。

まだ設定されていない、必要なすべてのEIサービスを記載して下さい。

必要なEIサービスを設定するために、サービス・コーディネーターが取る手段を示します。

適時にサービスを受ける
(TRS) 期日 _

書式EI-5

本日の日付

お子様の氏名

生年月日

保護者の氏名

EIDS番号

早期介入サービスに保険を使用することへの同意

私的保険の使用

担当サービス・コーディネーターは「支払制度」の規則ならびに早期介入サービスの支払のために、私的保険を使用する時に発生しうる、あらゆる予想コスト、例えば自己負担金、免責金額、保険料などの長期間の費用、また年に一度／生涯健康保険のカバー上限による利益の損失について説明しました。予想コストならびに私の権利に関する、書面による通知を受け取りました。私的保険の使用に同意する時、支払可能であると判定された場合に、1年のIFSPにおける早期介入サービスの最初の55ユニットの自己負担金ならびに免責金額について、州が支払うことを理解しています。支払不可能であると判定された場合、早期介入サービスのすべてのユニットの自己負担金ならびに免責金額を、州が支払うものとします。

早期介入（EI）サービスの料金を、私的保険に請求することに同意します。 はい いいえ 私的保険に加入していません

第一次保険証券番号

開始日

終了日

健康保険会社名

被保険者の氏名

第二次保険証券番号

開始日

終了日

健康保険会社名

被保険者の氏名

保護者の署名

日付

公的保険の使用

担当サービス・コーディネーターは早期介入制度の支払規則について説明しました。私の権利について書面による通知を受領し、メディケイド費をEIサービスのために使用するにあたって、予想コストがないことを理解しています。

IFSPで早期介入サービス提供者ならびに請求の目的で州のメディケイド機関に、子供に関する個人特定の可能な情報（子供を特定するために使用される情報）を共有することに同意します。

はい いいえ 子供はメディケイド保険に加入していません

メディケイド受領者／請求番号

保護者の署名

日付

書式EI-6

本日の日付 _____ お子様の氏名 _____ 生年月日 _____
保護者の氏名 _____ EIDS番号 _____

サービス・コーディネーターのみ使用
該当する場合、その他有資格のEI人員
からの受取日

記録公開の同意ならびに情報公開および／あるいは交換に関する同意

保護者としてお子様の早期介入（EI）記録の公開について、EI制度の部外者である他者あるいは他機関への公開を許可する、または許可しない権利を有しています。記録公開の許可を出すと、各機関と個人に本書式の写しを公開することになります。こうした各機関と個人に、他機関に向けた許可について知られたくない場合、記録の複数公開の書式使用を申請して下さい。保護者としてお子様のあらゆるEI記録にアクセスできます。EI記録とは連邦法Part C個別障害者教育法の下で、収集・維持・使用される、お子様に関連する全記録を意味します。

記録公開の同意

以下のEI記録公開に同意します

- 個別家族支援計画（IFSP） 進捗メモ
 評価／査定の結果 その他（明記して下さい） _____

次の機関または個人への公開

記録公開の目的

本同意の有効期限

- 3歳の誕生日まで
 1年間 終了日を明記
 開始 終了

担当サービス・コーディネーターまたはEI提供者は、記録公開に関する全情報を知らせ、同意を与えることを含む親権について説明しました。私はオハイオ州早期介入（EI）における親権に関するパンフレットを持っています。EIについて苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。ここに子供の記録公開について理解し同意します。

保護者の氏名 _____ 保護者の署名 _____ 日付 _____

 Ohio | Department of
Developmental Disabilities

機会均等雇用者ならびにサービス提供者
2019年7月

 HIO
Early Intervention

情報公開および／あるいは交換に関する同意

口頭、書面、電子による以下の情報の公開および／あるいは交換に同意します

早期介入（EI）ならびに以下の機関または個人の間での公開

情報公開あるいは交換の目的

本同意の有効期限

3歳の誕生日まで

1年間終了日を明記

開始 終了

子供またはその早期介入記録の情報公開および／あるいは情報交換に関する全情報を、十分に知らされています。私はオハイオ州早期介入における親権に関するパンフレットを持っており、同意についての権利を理解しています。早期介入について苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。

保護者の氏名

保護者の署名

日付

書式EI-7

本日の日付 _____ お子様の氏名 _____ 生年月日 _____

保護者の氏名 _____ EIDS番号 _____

サービス・コーディネーターのみ使用		
<input type="text"/>	(日付) に、この同意書の写しを保護者に提供しました	
<input type="checkbox"/> 対面	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> メール

移行に関する同意

学区ならびにオハイオ州教育省 (ODE) による通知：オハイオ州早期介入 (EI) はお子様の氏名と連絡先を、教育を担当するオハイオ州の学区ならびにODEと共有することについて、同意を求めています。この情報は学区が翌年度の就学前特別教育プログラムを計画するのに役立ちます。

担当サービス・コーディネーターは子供の氏名、生年月日、また連絡先を、学区ならびにODEと共有することに関する全情報を知らせ、同意を与えることを含む親権について説明しました。私はオハイオ州早期介入 (EI) における親権に関するパンフレットを持っています。EIについて苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。

- 子供の氏名、生年月日、また連絡先を、学区ならびにODEと共有することを理解し同意します。
- 子供の氏名、生年月日、また連絡先を、学区ならびにODEと共有することに同意しません。

保護者の氏名 _____ 保護者の署名 _____ 日付 _____

移行計画会議 (TPC) : お子様はIDEA Part Bにおける就学前サービスに関する適格性の可能性がある場合、オハイオ州早期介入 (EI) はPart Bの就学前適格性を判定する行程を説明する、学区の代表者と共に移行計画会議を計画することへの同意を求めます。この会議は3歳の誕生日の少なくとも90日前から9ヶ月前の間に、実施しなければなりません。

お子様がIDEA Part Bの就学前サービスの適格性がない可能性が判定された場合、EIはあなたと担当チームが確認した他のコミュニティ・サービス提供者との移行計画会議を計画することへの同意を求めます。

担当サービス・コーディネーターは移行計画会議 (TPC) に関する全情報を知らせ、同意を与えることを含む親権について説明しました。私はオハイオ州早期介入 (EI) における親権に関するパンフレットを持っています。EIについて苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。

- TPCの計画について理解し同意します。
- TPCに同意しません。

保護者の氏名 _____ 保護者の署名 _____ 日付 _____

書式EI-8

本日の日付 _____ お子様の氏名 _____ 生年月日 _____

保護者の氏名 _____ EIDS番号 _____

サービス・コーディネーターのみ使用

(日付) に、この同意書の写しを保護者に提供しました

対面 郵送 メール

地域の教育機関ならびにオハイオ州教育省 (ODE) にお子様を照会することに關する同意

オハイオ州早期介入 (EI) は最近、お子様の照会を受けました。EIは誕生から3歳までの発育遅延と障害がある子供のプログラムであり、EIがお子様の適格性を判定するには3歳に近付き過ぎています。しかし、お子様に発育遅延または障害の可能性があると考えられる場合、Part B個別障害者教育法の下で、就学前特別教育サービスの適格性がある可能性があります。

照会のため、学区にご自身で問い合わせることも可能です。

照会のためEIに学区へ連絡を取ってもらいたい場合、あなたの同意を得る必要があります。同意を以って、あなたの連絡先またお子様の氏名と生年月日を教育を担当する学区ならびにODEに伝えます。

連絡先と子供の氏名を地域の学区ならびにODEと共有されることについて、十分に情報を得て理解しました。本書式によるオハイオ州早期介入における親権に関するパンフレットを受け取りました。EIについて苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。EIが子供の氏名、生年月日、また連絡先を、学区ならびにODEへ提供することに同意します。

保護者の氏名 _____

保護者の署名 _____

日付 _____

書式EI-1

サービス・コーディネーターのみ使用

本日の日付 _____ お子様の氏名 _____ 生年月日 _____

(日付) に、この同意書の
写し本通知の写しが保護者に提供されました。

保護者の氏名 _____ EIDS番号 _____

対面 郵送 メール

不適格判定の書面による事前通知

評価概要

お子様はすべての発達領域において、1つ以上の手法ならびに1つ以上の専門分野を用いて評価されました。評価チームは点数と臨床的見解に基づき、発育遅延が見られないことを確認しました。お子様は同年齢の子供達と同等の能力と行動を示し、早期介入の対象とはなりません。以下にお子様のすべての発達領域における、現在の機能レベルの概要をチームがまとめました。お子様の発達について、お子様についての観察、テスト（実施したテストも含む）、生育歴の見直し、あなたが提供した他の情報を通じて分かったことが説明されています。

- I. ツールの実施：**本セクションでは評価チームはどのツールを使用したか、実施日、すべての発達領域（適応能力、身体機能 [粗大運動、微細運動、視覚、聴覚]、コミュニケーション、社会的感情、認知）での結果が記録されています。さらにテストの実施場所、またツールあるいは環境（補装具、通訳、手話）に対するあらゆる適応に関するメモが含まれます。

- II. 生育歴の見直し：**評価チームが保護者との面談、健康状態の見直し（医療、視覚、聴覚、栄養、遺伝的特徴、専門クリニック）、教育記録（早期の就学前教育、児童保育提供者）を通じて分かったことに関する概要です。

III. お子様についての観察：評価チームが評価の中で、お子様を観察して分かったことの概要です。お子様が参加した活動の種類、関わった人、またお評価チームを含む新しい／慣れ親しんだ状況と人に対する反応などです。

IV. お子様独自の発達について理解を得るために、必要に応じて利用するその他情報源からのもの：共有したが、どこにも記録されていないその他情報が含まれる可能性があります。

多領域評価・査定チームメンバー

印刷された氏名

専門分野

連絡先

お子様の発達を促進するアイデアと提案

利益となる可能性のあるコミュニティ支援とリソース

保護者として、紛争解決の選択肢があります。早期介入（EI）における親権に関するパンフレットが同封されています。これらの結果について何かご質問がある場合は、担当のEIサービス・コーディネーターまでお問い合わせ下さい。3歳までのお子様の発達について新たな懸念がある場合にも、サービス・コーディネーターに問い合わせることができます。

サービス・コーディネーターの氏名

サービス・コーディネーターの連絡先

書式EI-10

本日の日付 _____ お子様の氏名 _____ 生年月日 _____
保護者の氏名 _____ EIDS番号 _____

サービス・コーディネーターのみ使用
_____ (日付) に、本通知
の写しを保護者に提供しました。
 対面 郵送 メール

終了についての書面による事前通知

オハイオ州早期介入 (EI) は、あなたとお子様に対するEIサービスの終了を提案します。オハイオ州EIはお子様の記録の写しを、9歳の誕生日まで保持します。あなたはお子様の記録を見直すまたは申請する権利を有しています。オハイオ州早期介入は、以下の理由からお子様へのEIシステムを、この通知から10日後に終了することを提案します：

- お子様のスクリーニングを行い、発育遅延または障害の疑いがありませんでした。EIサービス・コーディネーターにいつでも評価を申請することができます。
- お子様のIFSP成果に到達し、IFSPチームは追加のIFSP成果が必要ないと合意にいたりしました。
- お子様に関する評価または査定に同意しませんでした。
- EI制度への参加を終了しました。
- お子様はEIサービスの適格性要件を満たしていません。
- 私共はあなたと連絡が取れませんでした。この通知の10日以内に担当のEIサービス・コーディネーターにご連絡下さい。
- 必要な適格性の再判定を完了していません。
- お様がオハイオ州外に引っ越しました。
- 必要とされる年に一度のお子様の査定を完了していません。
- 3歳になる前にPart BサービスのIEPへと移行しました。
- あなたはこの時点で家族には個別家族支援計画 (IFSP) の成果が必要ないと判断しました。

意見：

保護者として、紛争解決の選択肢があります。EIにおける親権に関するパンフレットが同封されています。終了の理由が明確でない、または正しくないと思う場合は、私にお問い合わせ下さい。

EIサービス・コーディネーターの氏名 _____ EIサービス・コーディネーターの連絡先 _____

お子様が3歳になる前にいつでも、再度の照会をすることができます。Central Intake 1-800-755-4769 に問い合わせるか、次のサイトを参照して下さい www.ohioearlyintervention.org。

書式EI-11

本日の日付 _____ お子様の氏名 _____ 生年月日 _____

保護者の氏名 _____ EIDS番号 _____

サービスの提案された変更に関する書面による事前通知

オハイオ州早期介入（EI）サービス提供者がご家族とお子様に提供している、EIサービスの開始または変更を進めたり提案する時、当該するEIサービスの開始または変更の少なくとも10日前に、書面による事前通知を渡さなければなりません。

オハイオ州早期介入はお子様とご家族に、1つ以上のEIサービスの 開始 変更を提案します。

提案済みの変更詳細

変更を提案した理由

変更を提案した日（本日から10日後以降）

この動きについて質問がある場合、できるだけ早くお問い合わせ下さい。

EIサービス提供者の氏名 _____ EIサービス提供者の連絡先 _____

保護者として、紛争解決の選択肢があります。オハイオ州早期介入（EI）における親権に関するパンフレットが同封されています。何かご質問がある場合は、担当EIサービス・コーディネーターまでお問い合わせ下さい。

EIサービス・コーディネーターの氏名 _____ EIサービス・コーディネーターの連絡先 _____

スケジュール表についての権利放棄 (任意)

提案された活動の変更または開始の10日前に、書面による事前通知を受領する権利を放棄することを理解し合意します。

保護者のイニシャル _____ 日付 _____

(日付)に _____ (氏名/役割)は本通知ならびに同意書の写しを、保護者に提供しました。
 対面 郵送 メール

この書式をEIサービス・コーディネーター以外が記入した場合、EI提供者は保護者に通知を提供してから5日以内に、写しをEIサービス・コーディネーターに送らなければなりません。

書式EI-12

診断された状態の記録

医療専門家各位- 連邦法Part C個別障害者教育法 (IDEA) の州ならびに連邦の適格性要件により、医学的診断の多くが自動的な早期介入 (EI) の適格性を有するとする判定とはなりません。しかし、精神的または身体的な状態の診断または治療の免許を有する専門家は、特定の子供への診断が発育遅延の結果になる可能性が高いと判定できます。EI適格性は、この子供に対して1年間の設定ができます。その後、EIチームは必要なプログラムを判定するための総合査定を実施します。EI適格性をこの書式を使用して判定するためには、すべてに記入する必要があります。

お子様の氏名	生年月日	保護者の氏名
--------	------	--------

お子様固有の診断をボックス内に記載して下さい。
「全般的発達遅滞」、「発育遅延」、または「言葉の問題」など発達の懸念を含めないで下さい。

ボックス1つを選択して下さい

この子供の医学的状態は、少なくとも次の発達領域の1つ以上で発育遅延となる可能性が高いことが疑われます (当てはまるものすべてにチェック)。

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> コミュニケーション | <input type="radio"/> 社会性/感情的 |
| <input type="radio"/> 運動能力 | <input type="radio"/> 適応性/身辺自立/自立性 |
| <input type="radio"/> 視覚 | <input type="radio"/> 認知/問題解決 |
| <input type="radio"/> 聴覚 | <input type="radio"/> その他 (明記して下さい) _____ |

意見 (任意)

この子供の医学的状態に、発育遅延となる可能性を認める理由がありません。しかし、保護者と子供が適格性判定のため発達評価を受ける権利があることを理解しています。

精神的/身体的な状態の診断ならびに治療を行う免許を有する専門家

氏名 _____ 免許の種類 _____ 電話番号 _____

署名 _____ メールアドレス _____ 日付 _____

この書式を担当する早期介入サービス・コーディネーターに返却して下さい

サービス・コーディネーターの氏名 _____ ファクス番号 _____ メールアドレス _____

サービス・コーディネーターのみ使用
書類受取日 _____ EIDS 番号 _____

書式EI-13

本日の日付 _____ お子様の氏名 _____ 生年月日 _____

保護者の氏名 _____ EIDS番号 _____

サービス・コーディネーターのみ使用

_____ (日付) に、本通知の写しを保護者に提供しました。 対面 郵送
 メール 通知は他の人へは (日付) に _____ 送られました。

個別家族支援計画 (IFSP) ミーティングの通知

ミーティングで以下を行う時期です

- 査定を完了できるまでに中間IFSPを作成し、「初期」IFSPを計画します。
- 適格性ならびに査定情報を見直し、最初の（「初期」）IFSPを作成します。
- IFSPで明らかになった成果の達成に向けた進捗、成果の変更または修正、あるいはIFSPで明らかになった早期介入サービスについて判定するため、IFSPの定期見直しを実施する必要があります。
- 適格性と評価情報を見直し、年に一度IFSPを作成します。このIFSPミーティング
- には移行計画会議も含まれます。

私共はIFSPミーティングの計画について、以下の通り合意しました

日付 _____ 時間 _____ 場所 _____

以下の人に、IFSPミーティング参加の招待がされました。本通知の写しが送られます。

氏名、職務、または関係 _____ 氏名、職務、または関係 _____

氏名、職務、または関係 _____ 氏名、職務、または関係 _____

加えて、以下の早期介入サービス提供者がIFSPミーティングに招かれています。本通知の写しが送られます。

氏名、職務、または関係 _____ 氏名、職務、または関係 _____

氏名、職務、または関係 _____ 氏名、職務、または関係 _____

ミーティングについて質問がある、または何か変更したい場合は、担当EIサービス・コーディネーターまでご連絡下さい：

サービス・コーディネーターの氏名 _____ サービス・コーディネーターの連絡先 _____

書式EI-14

サービス・コーディネーターのみ使用

専門家による照会のフォローアップ

地域のEI SC機関による照会受取日

保護者の同意がある場合のみ、この書式の写しがお子様を早期介入（EI）に照会した専門家に提供されます。

本日の日付

照会された子供の氏名

生年月日

お子様を照会した専門家の氏名

機関名

専門家または機関の連絡先

担当サービス・コーディネーターは早期介入（EI）への照会の状況を共有することに関する全情報を知らせ、同意を与えることを含む親権について説明しました。私はオハイオ州早期介入（EI）における親権に関するパンフレットを持っています。EIについて苦情がある場合、紛争解決の選択肢があることを理解しています。照会を行った専門家と、照会状況に関する情報を共有することを理解し同意します。

保護者の氏名

保護者の署名

日付

- 保護者は照会状況について、情報共有に同意しませんでした。詳細情報については、家族にお問い合わせ下さい。
- 繰り返し保護者と連絡を取ろうとしたが、できませんでした。保護者の連絡先を更新した場合は、お知らせ下さい。

保護者と連絡が取れ、以下が起こりました：

- 保護者はオハイオ州早期介入に関する適格性を満たしていません。
- オハイオ州早期介入に不適格です。
- 格性判定の過程において、早期介入サービスが不要であると判断されました。
- サービスを拒否しました。

オハイオ州早期介入は照会に感謝しています！**Central Intacke 1-800-755-4769** に連絡するか、www.ohioearlyintervention.org を参照することで、いつでも再度の照会ができます。

書式EI-15

本日の日付

お子様の氏名

生年月日

保護者の氏名

EIDS番号

早期介入サービスへの保護者の支払能力判定

必要書類 (1つだけ提出)

- (A) オハイオ州メディケイドカード (B) オハイオ州女性・幼児・小児 (WIC) カード (C) 保護者の収入

保護者の収入: 週払い (52) 隔週払い (26) 月払い (12) 隔月払い (24) 家族の人数: _____

送金票日付

総額

保護者の収入: 週払い (52) 隔週払い (26) 月払い (12) 隔月払い (24) 家族の人数: _____

送金票日付

総額

総年収

家族の収入は、無保険である子供のHealthy Start Eligibility (健康的に始める適合性) と同等 はい いいえ いいえ
またはそれ以下ですか。 (206% FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

経済的状況を共有しないを選択し、OAC 5123 : 10-03 (D) に従い理解しています。私は公的に出資される55ユニットを超える早期介入サービスの費用を支払う責任があります。

保護者イニシャル

OAC 5123 : 2-10-03 (D) に従い、保護者に提供された記録を読み見直し、保護者は早期介入サービスの支払が

不可能 可能 であると判定しました。

EIサービス・コーディネーターの氏名

日付

EIサービス・コーディネーターの署名

この書類を記載するために使用した情報を見直し、担当サービス・コーディネーターはEIサービスの支払が可能か不可能かの判定について説明しました。

保護者の署名

日付

書式EI-16

本日の日付 _____ お子様の氏名 _____

EIDS番号 _____ 生年月日 _____

サービス・コーディネーターのみ使用
 (日付/IFSP署名後の30日以内)に、この書式はDODDに書式
 EI-04 EI-05 EI-15と合わせて提出されます。

早期介入サービスへの支払

保護者の氏名			保護者の氏名		
住所			住所		
市	州	郵便番号	市	州	郵便番号
社会保障番号			社会保障番号		
自宅電話番号	勤務先電話番号		自宅電話番号	勤務先電話番号	
メールアドレス			メールアドレス		
お子様の住所				国	
市	州	郵便番号	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女

お勧めのIFSP早期介入サービス (必要であればページを追加して下さい)

サービスの分類	提供者の氏名と住所	頻度	支払源

サービス・コーディネーターの署名	日付	サービス・コーディネーターのメールアドレス			
サービス・コーディネーターの氏名	機関名			電話番号	
住所	市	州	郵便番号		

本申込書に記載された子供へのサービスに対する支払について、上記のサービス・コーディネーターが本申込書をOhio Department of Developmental Disabilities (オハイオ州発達障害部) に提出することを許可します。

保護者の氏名 _____ 保護者の署名 _____ 日付 _____

DODDのみ使用

承認 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	最初の55ユニット <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	追加のサービス申請 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	特別医療費に該当した <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	発効日	有効期限
DODD職員				日付	

書式EI-17

本日の日付

お子様の氏名

生年月日

保護者の氏名

EIDS番号

特別医療費ワークシート

保護者の収入：週払い（52）隔週払い（26）月払い（12）隔月払い（24）家族の人数：_____

送金票日付 _____

総額 _____

保護者の収入：週払い（52）隔週払い（26）月払い（12）隔月払い（24）家族の人数：_____

送金票日付 _____

総額 _____

総年収 _____

世帯収入は210~401%以上で算出され、連邦貧困水準（FPL）は <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> を参照して下さい。

_____ x _____ = _____

年収

EME

医療費自己負担分

米国保健福祉省が決定し、連邦官報に掲載した一番最近の連邦貧困基準により、医療費自己負担分を算出・予測し、情報を保護者と共有しました。DODDは同情報を、世帯で特別医療費の最終決定のために使用します。

EIサービス・コーディネーターの氏名

日付

EIサービス・コーディネーターの署名

