

फाराम EI-1

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

अभिभावकको नाम

EIDS नम्बर

सेवा संयोजकको प्रयोगका लागि मात्र

अभिभावकलाई

(मिति) मा यस सूचना तथा

मञ्जुरीको एउटा प्रति प्रदान गरिएको थियो:

भेटेर

पत्रमार्फत

इमेलमार्फत

शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी प्रारम्भिक जाँचका लागि लिखित पूर्व सूचना तथा मञ्जुरीनामा

तपाईंको बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकासमा ढिलाइ भइरहेको त छैन भनी पत्ता लगाउन शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी प्रारम्भिक जाँच गरिन्छ । यस प्रारम्भिक जाँचअन्तर्गत तपाईं अर्थात् अभिभावक र तपाईंले रोज्नुभएको व्यक्तिबाट जानकारी सङ्कलन गर्ने, बच्चाको निरीक्षण गर्ने र विकासका सम्पूर्ण क्षेत्रलाई समेट्ने प्रारम्भिक जाँचसम्बन्धी विधिहरू प्रयोग गर्ने कार्यहरू पर्दछन् । प्रारम्भिक जाँचको नतीजा जेसुकै आए तापनि तपाईं शारीरिक तथा मानसिक विकासको मूल्याङ्कनका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ । प्रारम्भिक जाँच गर्नुअघि कम्तीमा पनि 10 दिन अगाडि तपाईंलाई अनिवार्य रूपमा लिखित सूचना पठाइने छ ।

मेरा सेवा संयोजकले मलाई शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी प्रारम्भिक जाँचबारे सम्पूर्ण जानकारी दिनुका साथै मञ्जुरी दिने विषयलगायत अभिभावकको रूपमा मेरा अधिकारहरूको बारेमा बुझाउनुभएको छ । मैले ओहायो प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु । म आफ्नो बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी प्रारम्भिक जाँचबारे बुझ्दछु र सोका लागि आफ्नो मञ्जुरी प्रदान गर्दछु ।

अभिभावकको नाम

अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

समयमै सूचना प्राप्त गर्ने अधिकारको त्याग (ऐच्छिक)

म प्रस्तावित क्रियाकलापभन्दा 10 दिन अगाडि लिखित सूचना प्राप्त गर्ने आफ्नो अधिकार त्याग्न सहमत छु ।

अभिभावकको नाम र थरको
पहिलो अक्षर

मिति

फाराम EI-2

आजको मिति _____ बच्चाको नाम _____ बच्चाको जन्म मिति _____
अभिभावकको नाम _____ EIDS नम्बर _____

सेवा संयोजकको प्रयोगका लागि मात्र
अभिभावकलाई _____ (मिति) मा यस सूचना तथा
मञ्जुरीको एउटा प्रति प्रदान गरिएको थियो:
 भेटर पत्रमार्फत इमेलमार्फत

शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी जाँच तथा मूल्याङ्कनका लागि लिखित पूर्व सूचना तथा मञ्जुरीनामा

जाँचको माध्यमबाट प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) का लागि योग्यता निर्धारण गर्न सकिन्छ । तपाईंको बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न एक वा सोभन्दा बढी विशेषज्ञ सम्मिलित प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) टोलीले शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी प्रारम्भिक जाँच गर्छ । पारिवारिक दिनचर्या र क्रियाकलापहरूमा तपाईंको बच्चाको सहभागिताबारे बुझ्न समान्यतया जाँचकै समयमा मूल्याङ्कन पनि गरिन्छ । जाँच र मूल्याङ्कनमा निम्न कार्यहरू समावेश हुन्छन्:

- तपाईं खुलासा गर्न सहमत हुनुभएको मेडिकल रेकर्डलगायतका सम्बन्धित रेकर्डहरूको समीक्षा गर्ने;
- तपाईंको बच्चाको निरीक्षण गर्ने;
- तपाईंको बच्चाको विकासका बारेमा तपाईंबाट जानकारी लिने; र
- तपाईंको बच्चाको सञ्चार, घुलमिल हुने/आफ्नो स्याहार आफै गर्ने, सामाजिक/भावनात्मक, बोध गर्ने/सोच्ने/समस्या समाधान गर्ने, मांसपेशी चलाउने/हिँडडुल गर्ने, दृष्टि र श्रवणसम्बन्धी विकासको बारेमा जानकारी प्रदान गर्ने जाँच तथा मूल्याङ्कनका विधिहरू प्रयोग गर्ने ।

तपाईंले आफ्नो परिवारका स्रोत, प्राथमिकता र चिन्ताका विषयमा प्रदान गर्नुभएको जानकारीसँगै यस जानकारीले व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना बनाउन र तपाईं र तपाईंको बच्चालाई सहायता गर्न आवश्यक पर्ने प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू निर्धारण गर्नका लागि एउटा आधार तयार गर्दछ । जाँच तथा मूल्याङ्कन गर्नुअघि कम्तीमा पनि 10 दिन अगाडि तपाईंलाई अनिवार्य रूपमा लिखित सूचना पठाउनु पर्ने छ ।

हामी निम्न कार्यहरू गर्न प्रस्ताव गर्छौं (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):

शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी जाँच गरेर प्रारम्भिक सहायता सेवाका लागि तपाईंको बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्ने ।

शारीरिक तथा मानसिक विकासको मूल्याङ्कन गरेर तपाईंको बच्चाका सबल पक्ष र आवश्यकताहरू पहिचान गर्ने ।

मेरा सेवा संयोजकले मलाई शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी जाँच र/वा मूल्याङ्कनबारे सम्पूर्ण जानकारी दिनुका साथै मञ्जुरी दिने विषयलगायत अभिभावकको रूपमा मेरा अधिकारहरूको बारेमा बुझाउनुभएको छ । मैले ओहायो प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु ।

म आफ्नो बच्चाको जाँच मूल्याङ्कन का निम्ति मञ्जुरी प्रदान गर्दछु (आवश्यकताअनुसार कुनै एउटामा वा दुवैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)।

अभिभावकको नाम _____

अभिभावकको हस्ताक्षर _____

मिति _____

समयमै सूचना प्राप्त गर्ने अधिकारको त्याग (ऐच्छिक)

म प्रस्तावित क्रियाकलापभन्दा 10 दिन अगाडि लिखित सूचना प्राप्त गर्ने आफ्नो अधिकार त्याग्न सहमत छु ।

अभिभावकको नाम र थरको _____ मिति _____
पहिलो अक्षर _____

फाराम EI-3

आजको मिति _____ बच्चाको नाम _____ बच्चाको जन्म मिति _____
अभिभावकको नाम _____ EIDS नम्बर _____

सेवा संयोजकको प्रयोगका लागि मात्र		
अभिभावकलाई _____ (मिति) मा यस सूचना तथा		
मञ्जुरीको एउटा प्रति प्रदान गरिएको थियो:		
<input type="checkbox"/> भेटेर	<input type="checkbox"/> पत्रमार्फत	<input type="checkbox"/> इमेलमार्फत
FDA प्रस्ताव गरिएको मिति _____		

परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कनका लागि लिखित पूर्व सूचना तथा मञ्जुरीनामा

प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) ले बच्चाको विकासमा सुधार ल्याउन र दैनिक क्रियाकलापहरूमा उसको सहभागिता बढाउन परिवारका सदस्य तथा स्याहारकर्ताहरूलाई सहायता गर्न विभिन्न किसिमका सहायता तथा स्रोतहरू जुटाएर उपलब्ध गराउने काम गर्दछ । एक अभिभावकको रूपमा तपाईं आफ्नो बच्चालाई अरुले भन्दा राम्ररी चिन्नुहुन्छ । तपाईं र तपाईंको परिवारमा खुशी ल्याउने वा अनेकन चुनौतीहरू थपिदिने दैनिक क्रियाकलापहरूको बारेमा तपाईंलाई नै बढी थाहा हुन्छ ।

परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कनले तपाईंलाई आफ्नो बच्चालाई आफ्ना सबै दैनिक क्रियाकलापहरूमा सफलतापूर्वक कसरी सहभागी गराउने भन्ने सम्बन्धमा तपाईंका चिन्ता तथा प्राथमिकताहरूका साथै तपाईंका लागि सहायकसिद्ध हुन सक्ने सम्भावित स्रोतहरूको बारेमा आफ्नो प्रारम्भिक सहायता टोलीसामु कुरा राख्ने अवसर प्रदान गर्दछ । यो परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कन स्वैच्छिक हो र यसमा सहभागी हुन चाहने परिवारका सदस्यहरूलाई मात्र समावेश गरिने छ ।

तपाईंसँग आफ्नो परिवारको बारेमा आफूले चाहेजति धेरै वा थोरै जानकारी प्रदान गर्ने अधिकार हुन्छ । परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कन गर्नुअघि कम्तीमा पनि 10 दिन अगाडि तपाईंलाई अनिवार्य रूपमा लिखित सूचना पठाउनु पर्ने छ ।

मेरा सेवा संयोजकले मलाई शारीरिक तथा मानसिक विकाससम्बन्धी परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कनबारे सम्पूर्ण जानकारी दिनुका साथै मञ्जुरी दिने विषयलगायत अभिभावकको रूपमा मेरा अधिकारहरूको बारेमा बुझाउनुभएको छ । मैले ओहायो प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु ।

म परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कनका लागि मञ्जुरी प्रदान गर्दछु ।

म परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कनका लागि मञ्जुरी प्रदान गर्दिन ।

अभिभावकको नाम _____

अभिभावकको हस्ताक्षर _____

मिति _____

समयमै सूचना प्राप्त गर्ने अधिकारको त्याग (ऐच्छिक)

म प्रस्तावित क्रियाकलापभन्दा 10 दिन अगाडि लिखित सूचना प्राप्त गर्ने आफ्नो अधिकार त्याग्न सहमत छु ।

अभिभावकको नाम र थरको
पहिलो अक्षर _____

मिति _____

IFSP को प्रकार प्रारम्भिक आवधिक वार्षिक
 र मिति आवधिक आवधिक

EIDS नम्बर

खण्ड 1: बच्चा र परिवारको विवरण

बच्चाको नाम	थर	बोलाउने नाम	जन्म मिति
बच्चासँग बोलिने भाषा	दोभाषे चाहिन्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	बच्चाको जातीयता	आवासीय अभिभावकको स्कूल डिस्ट्रिक्ट
अभिभावकको नाम	ठेगाना	बच्चा सँगै बस्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	
जन्म दिने आमा/बुवा वा दत्तकग्राही आमा/बुवा होइन भने बच्चासँगको नाता	फोन नम्बर; मोबाइल (C); घर (H); कार्यालय (W)		
इमेल ठेगाना	उचित सम्पर्क विधि <input type="checkbox"/> कल <input type="checkbox"/> इमेल <input type="checkbox"/> सन्देश	सम्पर्क गर्ने उचित समय	
अभिभावकको नाम	ठेगाना	बच्चा सँगै बस्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	
जन्म दिने आमा/बुवा वा दत्तकग्राही आमा/बुवा होइन भने बच्चासँगको नाता	फोन नम्बर; मोबाइल (C); घर (H); कार्यालय (W)		
इमेल ठेगाना	उचित सम्पर्क विधि <input type="checkbox"/> कल <input type="checkbox"/> इमेल <input type="checkbox"/> सन्देश	सम्पर्क गर्ने उचित समय	

खण्ड 2: सेवा संयोजकसम्बन्धी जानकारी

प्रारम्भिक सहायता सेवामा सहभागी हुँदा तपाईंले निम्न कार्यहरूका लागि आफ्ना प्रारम्भिक सहायता सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गर्नु पर्ने हुन्छ । उहाँले गर्ने कार्यहरू यसप्रकार छन्:

- प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी तपाईंका अधिकारहरूको बारेमा बुझाउने र ती अधिकारहरू सुनिश्चित गर्ने,
- तपाईंको बच्चाको प्रारम्भिक तथा जारी योग्यताका लागि समन्वय गर्ने,
- आवश्यक समयभित्र तपाईंले अनुरोध गर्नुभएका बैठकहरूसहित व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना (IFSP) का बैठकहरूको संयोजन गर्ने,
- IFSP टोलीलाई व्यावहारिक र तपाईंका चिन्ता तथा प्राथमिकताहरूलाई प्रतिबिम्बित गर्ने लक्ष्यहरूको विकास गर्ने सघाउने,
- तपाईंलाई आवश्यक प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू पहिचान गर्ने, प्राप्त गर्न, आर्थिक स्रोत जुटाउन र निगरानी गर्न सहायता गर्ने,
- तपाईंलाई आफ्नो आवश्यकता तथा चाहनाअनुसार अन्य सहायता तथा स्रोतहरू पत्ता लगाउन र सोसँग जोडिन सहायता गर्ने,
- र तीन वर्षको उमेरअघि नै ट्रान्जिसन योजना बनाउन सहजीकरण गर्ने ।

सेवा संयोजकको नाम	फोन नम्बर	इमेल
निकायको नाम	सुपरीवेक्षकको नाम र सम्पर्क जानकारी	

सेवा प्राप्त गरिसक्नु पर्ने (TRS) मिति _____

छ महिनाको आवधिक समीक्षा गरिसक्नु पर्ने मिति _____

ट्रान्जिसनको लक्ष्य तथा योजना निर्माण सम्मेलन (TPC) गरिसक्नु पर्ने मिति _____ यो सम्मेलन तपाईंको बच्चाको तेस्रो जन्मदिनभन्दा 90 दिनदेखि 9 महिनाअघिको अवधिभित्र आयोजना गर्नु पर्ने छ

खण्ड 3: योग्यता र मूल्याङ्कन

खण्ड 3A: योग्यता

प्रारम्भिक योग्यता

तपाईंका बच्चा निम्न कारणले ओहायो प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) का लागि योग्य छन्:

प्रारम्भिक सहायता सेवा जाँच टोलीले _____ (मिति) मा शारीरिक तथा मानसिक विकासमा ढिलाइ भएको पत्ता लगाएकाले ।
योग्यतासम्बन्धी सारांशका लागि खण्ड 3B हेर्नुहोस् ।

शारीरिक तथा मानसिक अवस्थालाई हेर्दा शारीरिक तथा मानसिक विकासमा ढिलाइ हुने प्रबल सम्भावना देखिएकाले ।

देखिएको समस्या _____

प्रारम्भिक सहायता सेवा संयोजकले समस्या देखिएको छ भनी पुष्टि गर्नुभएको मिति _____

वार्षिक योग्यता

तपाईंका बच्चा:

तीन वर्षको उमेर सम्मका लागि योग्य छन् र योग्यताको पुनर्निर्धारण गर्नु पर्दैन ।

निम्न कारणले गर्दा यो वर्ष गरिएको पुनर्निर्धारणमा योग्य देखिएका छन्:

प्रारम्भिक सहायता सेवा जाँच टोलीले _____ (मिति) मा शारीरिक तथा मानसिक विकासमा ढिलाइ भएको पत्ता लगाएकाले । योग्यतासम्बन्धी सारांशका लागि खण्ड 3B हेर्नुहोस् ।

देखिएको समस्या _____

प्रारम्भिक सहायता सेवा संयोजकले समस्या देखिएको छ भनी पुष्टि गर्नुभएको मिति _____

खण्ड 3B: मूल्याङ्कनको सारांश

तल शारीरिक तथा मानसिक विकासका हरेक क्षेत्रमा तपाईंको बच्चाको हालको स्तरको एउटा सारांश प्रस्तुत गरिएको छ । जाँच टोलीले जाँच प्रक्रियामा तपाईंको बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकासको बारेमा के कुरा पत्ता लाग्यो भन्ने कुराको वर्णन गरेको छ ।

- I. **प्रयोग गरिएको विधि:** यस खण्डमा, जाँच टोलीले कुन विधि प्रयोग गरिएको थियो, कुन-कुन मितिमा प्रयोग गरिएको थियो र शारीरिक तथा मानसिक विकासका सबै क्षेत्र (घुलमिल हुने, शारीरिक [ठूला र साना मांसपेशीको चाल, दृष्टि र श्रवण], सञ्चार, सामाजिक भावनात्मक र बोध) मा प्राप्त परिणामहरू (प्राप्त अङ्क वा चिकित्सकीय धारणाअनुसार विकासमा दिलाइ भइरहेको छ कि छैन भन्ने कुरासहित) को प्रमाण प्रस्तुत गरेको छ । यसमा जाँच गरिएको स्थान र विधि वा परिवेशसँग अनुकूल हुनका लागि प्रयोग गरिएको कुनै पनि माध्यम (अनुकूलनीय उपकरण, दोभाषे, साङ्केतिक भाषा) सम्बन्धी टिप्पणीहरू पनि समावेश गरिएका छन् ।

- II. **तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्यसम्बन्धी विगतको जानकारीको समीक्षा:** यो जाँच टोलीले अभिभावकको अन्तर्वार्ता र स्वास्थ्य (जस्तै, शारीरिक स्वास्थ्य, दृष्टि, श्रवण, पोषण, वंशानुगत स्थिति र विशेषज्ञ क्लिनिक) र शिक्षासम्बन्धी रेकर्डहरू (जस्तै, अर्ली हेड स्टार्ट कार्यक्रम र बालस्याहार सेवा प्रदायकहरूबाट प्राप्त रेकर्डहरू) बाट थाहा पाएको कुराहरूको एउटा सारांश हो ।

- III. **तपाईंको बच्चाको व्यक्तिगत निरीक्षण:** यो जाँच टोलीले जाँचका क्रममा तपाईंको बच्चाको निरीक्षण गरेर थाहा पाएको कुराहरूको एउटा सारांश हो । यसमा तपाईंको बच्चा सहभागी भएका क्रियाकलापहरूको प्रकार, उनले कुराकानी गरेका व्यक्ति र जाँच टोलीसहित नयाँ र परिचित परिवेश तथा मान्छेहरूप्रति उनले देखाएको प्रतिक्रिया जस्ता कुराहरू समावेश छन् ।

- IV. **तपाईंको बच्चाको फरक किसिमको शारीरिक तथा मानसिक विकासलाई अझ राम्रोसँग बुझ्न आवश्यकताअनुसार अन्य स्रोतबाट प्राप्त जानकारी:** आदान प्रदान गरिएको तर कहींपनि अभिलेख नराखिएको अन्य कुनै पनि किसिमको जानकारी यहाँ समावेश गरिएको हुन सक्छ ।

खण्ड 3C: परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कन (FDA) को सारांश

यो खण्डमा तपाईंले आफ्नो परिवारका प्राथमिकता, चिन्ता र स्रोतहरूको बारेमा मूल्याङ्कन टोलीलाई बताउनुभएका कुराहरूको सारांश प्रस्तुत गरिएको छ ।

 पूरा गरिएको मिति

FDA सञ्चालन गर्न प्रयोग गरिएका मूल्याङ्कन विधि(हरू)

FDA पूरा गर्ने व्यक्तिको नाम

पारिवारिक स्रोतहरू: हाम्रो बच्चाको जीवनमा सबैभन्दा महत्वपूर्ण र ऊ/उनीसँग धेरै समय बिताउने व्यक्तिहरू र तिनले तपाईंको परिवारमा खल्ने भूमिका:

वर्तमान समयमा हाम्रो पारिवारिक जीवनमा सबैभन्दा महत्वपूर्ण रहेका निकाय, संस्था, सेवा र क्रियाकलापहरू:

परिवारको दिनचर्या: हाम्रो परिवार कुन-कुन दिनचर्या तथा क्रियाकलापहरूमा सहभागी हुन मन पराउँछ:

परिवारका चिन्ताहरू: परिवारको दिनचर्या तथा दैनिक क्रियाकलापहरूमा हाम्रो परिवारले भोग्ने चिन्ता, कठिनाइ वा चुनौतीहरू (यी कुराहरू थाहा पाएर प्रारम्भिक सहायता सेवा टोलीलाई ती कुराहरू सम्बोधन गर्न मद्दत पुग्ने छ):

परिवारका प्राथमिकताहरू: हाम्रो बच्चा र परिवारलाई आवश्यक रहेका पारिवारिक सहायता, क्रियाकलाप, कार्यक्रम र संस्थाहरूलगायतका स्रोतहरू:

हाललाई हामी प्रारम्भिक सहायता सेवा टोलीले हामीलाई निम्न कुराहरूमा मद्दत गरोस् भन्ने चाहन्छौं:

खण्ड 3D: अन्य जानकारी: हाम्रो टोलीले थाहा पाउनु पर्ने अन्य कुराहरू:

खण्ड 3E: मूल्याङ्कनको सारांश

बालबालिकाहरू आफ्नो घर र समुदायमा सक्रियताका साथ सफलतापूर्वक सहभागी हुनका निम्ति तिनीहरूले यी तीनवटा क्षेत्रमा आफ्नो सीप विकास गर्नु पर्छ: (1) सकारात्मक साजामिक-भावनात्मक सीपहरूको विकास गर्ने; (2) ज्ञान तथा सीपहरू प्राप्त गर्ने र तिनको प्रयोग गर्ने; र (3) आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न उपयुक्त कदम चाल्ने । तपाईंको टोलीले तपाईंको बच्चाको उमेरअनुसारका उसका व्यक्तिगत आवश्यकताहरू थाहा पाउनका लागि तपाईंको बच्चाको हालको शारीरिक तथा मानसिक विकासको स्तरसम्बन्धी जानकारी, तपाईंका परिवारका चिन्ता र प्राथमिकता र तपाईंका दिनचर्याहरूको प्रयोग गर्ने छ । यस जानकारीले तपाईंको बच्चा र परिवारका लागि अर्थपूर्ण लक्ष्यहरू निर्धारण गर्न सहयोग गर्दछ ।

सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक सीपहरू विकास गर्ने

तपाईंका बच्चाले परिवार, अन्य व्यस्क व्यक्ति र अन्य बालबालिकाहरूसँग कसरी कुराकानी गर्छन्/गर्छिन् र कसरी खेल्छन्/खेल्छिन् भन्ने कुराको सारांश । यसअन्तर्गत यस प्रकारका सीपहरू पर्दछन्:

- (1) परिवार, साथीभाई, स्याहारकर्ता र अन्य मानिसहरूसँग कुराकानी गर्ने, (2) आफ्ना अनुभूतिहरू व्यक्त गर्ने, (3) शब्द, ध्वनि, सङ्केत वा इशाराहरूको प्रयोग गरेर पिक-अ-बुक वा आफ्नो पालो लिने जस्ता सामाजिक खेलहरू खेल्ने, (4) रिसाए पनि सजिलै शान्त हुने र (5) आरुलाई पालो दिने र आफ्नो पालो लिने जस्ता सामाजिक नियमहरू बुझ्ने ।

बच्चाका सबल पक्षहरू

बच्चाका आवश्यकताहरू

बच्चाको लक्ष्यसम्बन्धी सारांश (COS) को कथन: समान उमेरका बच्चाहरूको तुलनामा

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चामा यस लक्ष्यअनुसार उमेरको हिसाबले हुनु पर्ने अपेक्षित सबै सीपहरू छन् । | <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाले आफ्नो उमेरका हिसाबले प्रयोग गर्नु पर्ने सीपहरू अझै प्रयोग गरिरहेका/गरिरहेकी छैनन् । तपाईंको बच्चा यस लक्ष्यअनुसारका क्रियाकलापहरू गर्न थुप्रै महत्त्वपूर्ण सीप तथा तात्कालिक आधारभूत सीपहरूको प्रयोग गर्छन्/गर्छिन् । |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चामा यस लक्ष्यअनुसार उमेरका हिसाबले हुनु पर्ने अपेक्षित सबै सीपहरू भए तापनि केही चिन्ताका विषयहरू पनि छन् । | <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाले केही विकासशील वा तात्कालिक आधारभूत सीपहरू देखाउँछन्/देखाउँछिन् जसले उनलाई यस लक्ष्य अनुसार उमेरअनुसारका सीपहरू प्रयोग गर्नेतर्फ अग्रसर गराउने छन् । |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाले उमेरका हिसाबले धेरै अपेक्षित सीपहरू देखाउँछन्/देखाउँछिन् तर उनले केही यस्ता कार्यहरू पनि गरिरहेका/गरिरहेकी छन्/छिन् जसलाई यस लक्ष्यअनुसार उनले भन्दा सानो उमेरका बच्चाले गर्ने कार्य मान्न सकिन्छ । | <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाको कार्यक्षमता धेरै सानो बच्चाको जस्तो छ भन्न सकिन्छ । तपाईंका बच्चाले प्रारम्भिक सीपहरू देखाउँछन्/देखाउँछिन् तर यस लक्ष्यअनुसार ती सीपहरूलाई अझै तत्कालै आधारभूत वा उमेर अनुसारका सीपहरू मान्न सकिँदैन । |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाले कहिलेकाहीँ उमेरअनुसार अपेक्षित सीपहरू देखाउने गर्छन्/गर्छिन्, तर धेरैजसो समय यस लक्ष्यअनुसार उनले उमेरका हिसाबले अपेक्षित सीपहरू देखाउँदैनन्/देखाउँदैनन् । | |

वार्षिक IFSP का लागि र बाहिरिने बेलामा । पछिल्लो पटक लक्ष्यसम्बन्धी सारांशको

मूल्याङ्कन गरेयता तपाईंको बच्चाले सकारात्मक सामाजिक-भावनात्मक सीपहरू विकास गर्ने कुनै नयाँ सीप देखाएका/देखाएकी छन्/छिन् ?

 हो

 होइन

ज्ञान तथा सीपहरू प्राप्त गर्ने र तिनको प्रयोग गर्ने

यो तपाईंका बच्चाको नयाँ कुराहरू कसरी सिक्छन्/सिक्छिन् र आधारभूत भाषा, सञ्चार र समस्या समाधानसम्बन्धी सीपहरू कसरी प्रयोग गर्छन्/गर्छिन् भन्ने कुराको सारांश हो । यी सीपहरूअन्तर्गत (1) अरूका कार्यहरूको नक्कल गर्ने, (2) समस्या समाधान गर्ने, (3) इशारा, शब्द वा सङ्केतहरूको प्रयोग गर्ने, (4) आफ्ना आवश्यकता र चाहनाहरू बताउने, (5) निर्देशनहरू बुझ्ने, (6) र आफ्ना सोचाइ तथा विचारहरू अरूलाई बताउने आदि कुराहरू पर्दछन् ।

बच्चाका सबल पक्षहरू

बच्चाका आवश्यकताहरू

बच्चाको लक्ष्यसम्बन्धी सारांश (COS) को कथन: समान उमेरका बच्चाहरूको तुलनामा

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चामा यस लक्ष्यअनुसार उमेरको हिसाबले हुनु पर्ने अपेक्षित सबै सीपहरू छन् । | <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाको आफ्नो उमेरका हिसाबले प्रयोग गर्नु पर्ने सीपहरू अझै प्रयोग गरिरहेका/गरिरहेकी छैनन् । तपाईंको बच्चा यस लक्ष्यअनुसारका क्रियाकलापहरू गर्न थुप्रै महत्त्वपूर्ण सीप तथा तात्कालिक आधारभूत सीपहरूको प्रयोग गर्छन्/गर्छिन् । |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चामा यस लक्ष्यअनुसार उमेरका हिसाबले हुनु पर्ने अपेक्षित सबै सीपहरू भए तापनि केही चिन्ताका विषयहरू पनि छन् । | <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाको केही विकासशील वा तात्कालिक आधारभूत सीपहरू देखाउँछन्/देखाउँछिन् जसले उनलाई यस लक्ष्य अनुसार उमेरअनुसारका सीपहरू प्रयोग गर्नेतर्फ अग्रसर गराउने छन् । |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाको उमेरका हिसाबले धेरै अपेक्षित सीपहरू देखाउँछन्/देखाउँछिन् तर उनले केही यस्ता कार्यहरू पनि गरिरहेका/गरिरहेकी छन्/छिन् जसलाई यस लक्ष्यअनुसार उनले भन्दा सानो उमेरका बच्चाको गर्ने कार्य मान्न सकिन्छ । | <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाको कार्यक्षमता धेरै सानो बच्चाको जस्तो छ भन्न सकिन्छ । तपाईंका बच्चाको प्रारम्भिक सीपहरू देखाउँछन्/देखाउँछिन् तर यस लक्ष्यअनुसार ती सीपहरूलाई अझै तत्कालै आधारभूत वा उमेर अनुसारका सीपहरू मान्न सकिँदैन । |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाको कहिलेकाहीँ उमेरअनुसार अपेक्षित सीपहरू देखाउने गर्छन्/गर्छिन्, तर धेरैजसो समय यस लक्ष्यअनुसार उनले उमेरका हिसाबले अपेक्षित सीपहरू देखाउँदैनन्/देखाउँदैनन् । | |

वार्षिक IFSP का लागि र बाहिरिने बेलामा । पछिल्लो पटक लक्ष्यसम्बन्धी सारांशको

मूल्याङ्कन गरेयता तपाईंको बच्चाको ज्ञान तथा सीपहरू प्राप्त गर्ने र तिनको प्रयोग गर्ने कुनै नयाँ सीप देखाएका/देखाएकी छन्/छिन् ?

हो

होइन

आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न उपयुक्त कदम चाल्ने

यो तपाईंका बच्चाको एक ठाउँबाट अर्को ठाउँमा जाने, आफै खाना खाने र आफ्ना आधारभूत आवश्यकताहरू आफै पूर्ति गर्ने जस्ता आफ्ना आवश्यकताहरूको खयाल कसरी राख्न थाल्दै छन्/छिन् भन्ने कुराको सारांश हो । यस अन्तर्गत (1) आफूलाई भोक लागेको कुरा अभिभावकलाई भन्ने, (2) मद्दत चाहिएको बेला कसैसँग मद्दत माग्ने, (3) आफूले नभेट्ने ठाउँमा राखिएको कुरा प्राप्त गर्ने प्रयास गर्ने, र (4) तपाईंको बच्चालाई लुगा लगाउन, खान, शौचालय प्रयोग गर्ने र सञ्चार गर्ने के-कति मद्दत चाहिन्छ भन्नेसम्बन्धी जानकारी पर्दछन् ।

बच्चाका सबल पक्षहरू

बच्चाका आवश्यकताहरू

बच्चाको लक्ष्यसम्बन्धी सारांश (COS) को कथन: समान उमेरका बच्चाहरूको तुलनामा

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चामा यस लक्ष्यअनुसार उमेरको हिसाबले हुनु पर्ने अपेक्षित सबै सीपहरू छन् । | <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाले आफ्नो उमेरका हिसाबले प्रयोग गर्नु पर्ने सीपहरू अझै प्रयोग गरिरहेका/गरिरहेकी छैनन् । तपाईंको बच्चा यस लक्ष्यअनुसारका क्रियाकलापहरू गर्न थुप्रै महत्त्वपूर्ण सीप तथा तात्कालिक आधारभूत सीपहरूको प्रयोग गर्छन्/गर्छिन् । |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चामा यस लक्ष्यअनुसार उमेरका हिसाबले हुनु पर्ने अपेक्षित सबै सीपहरू भए तापनि केही चिन्ताका विषयहरू पनि छन् । | <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाले केही विकासशील वा तात्कालिक आधारभूत सीपहरू देखाउँछन्/देखाउँछिन् जसले उनलाई यस लक्ष्य अनुसार उमेरअनुसारका सीपहरू प्रयोग गर्नतर्फ अग्रसर गराउने छन् । |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाले उमेरका हिसाबले धेरै अपेक्षित सीपहरू देखाउँछन्/देखाउँछिन् तर उनले केही यस्ता कार्यहरू पनि गरिरहेका/गरिरहेकी छन्/छिन् जसलाई यस लक्ष्यअनुसार उनले भन्दा सानो उमेरका बच्चाले गर्ने कार्य मान्न सकिन्छ । | <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाको कार्यक्षमता धेरै सानो बच्चाको जस्तो छ भन्न सकिन्छ । तपाईंका बच्चाले प्रारम्भिक सीपहरू देखाउँछन्/देखाउँछिन् तर यस लक्ष्यअनुसार ती सीपहरूलाई अझै तत्कालै आधारभूत वा उमेर अनुसारका सीपहरू मान्न सकिँदैन । |
| <input type="checkbox"/> तपाईंको बच्चाले कहिलेकाहीँ उमेरअनुसार अपेक्षित सीपहरू देखाउने गर्छन्/गर्छिन्, तर धेरैजसो समय यस लक्ष्यअनुसार उनले उमेरका हिसाबले अपेक्षित सीपहरू देखाउँदैनन्/देखाउँदैनन् । | |

वार्षिक IFSP का लागि र बाहिरिने बेलामा । पछिल्लो पटक लक्ष्यसम्बन्धी सारांशको

मूल्याङ्कन गरेयता तपाईंको बच्चाले आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न उपयुक्त कदम चाल्ने कुनै नयाँ सीप देखाएका/देखाएकी छन्/छिन् ?

हो होइन

बहु-क्षेत्रीय जाँच तथा मूल्याङ्कन टोलीका सदस्यहरू

ठूलो अक्षरमा नाम	क्षेत्र	सम्पर्क जानकारी
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

खण्ड 4: तपाईंको बच्चा र परिवारका लक्ष्यहरू

यस खण्डले तपाईंले हासिल गर्ने चाहनुभएका कुराहरूका आधारमा तपाईंको बच्चा र परिवारका लक्ष्यहरूका साथसाथै ती लक्ष्यहरू हासिल गर्ने चाल्नु पर्ने कदमहरूको पहिचान गर्दछ । यी लक्ष्यहरू बच्चा र परिवारको मूल्याङ्कनबाट थाहा हुन आएको जानकारीमा आधारित हुन्छन् । IFSP सम्बन्धी हरेक लक्ष्य अनिवार्य रूपमा सबैले सजिलैसँग बुझ्न सक्ने शब्दमा र परिवार-निर्देशित मूल्याङ्कनका क्रममा (यदि गरिएको भए) तपाईंले बताउनुभएका आफ्ना प्राथमिकताहरूसँग स्पष्ट रूपमा मेल खानेगरी लेखिएको हुनु पर्छ ।

लक्ष्य नम्बर	बच्चाको यस लक्ष्यले कुन-कुन कुरालाई	<input type="checkbox"/> सकारात्मक सामाजिक सम्बन्धहरूको विकास गर्ने	नयाँ जान तथा सीपहरू प्राप्त गर्ने र तिनको प्रयोग गर्ने	<input type="checkbox"/> आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न कदम चाल्ने	लक्ष्यले परिवारिक सहभागिता, परिवारको कल्याण वा जानकारीलाई सम्बोधन गर्छ	लक्ष्यले ट्रान्जिसनलाई सम्बोधन गर्छ
--------------	-------------------------------------	---	--	---	--	-------------------------------------

तपाईंले आफ्नो परिवारको दैनिक जीवनको बारेमा दिनुभएको जानकारीका आधारमा तपाईं प्रारम्भिक सहायता सेवा तथा सहयोगले आफ्नो परिवारका क्रियाकलापहरूमा के-कस्ता सुधारहरू गरोस् भन्ने चाहनुहुन्छ ? सो लक्ष्य हासिल भएको कुरा तपाईं कसरी थाहा पाउनु हुने छ ?

हाल के भइरहेको छ ?

रणनीतिहरू: IFSP सम्बन्धी लक्ष्य हासिल गर्ने तपाईंलाई के-कस्ता चरण तथा क्रियाकलापहरू र कसले र कहिले मद्दत गर्ने छन् ?

यो लक्ष्य हासिल गर्ने मद्दत गर्ने हाल उपलब्ध रहेका सहायताहरू (प्रारम्भिक सहायताले प्रदान नगर्ने सेवाहरूलगायतका औपचारिक तथा प्राकृतिक सहायताहरू) ।

यस लक्ष्यको समीक्षा: कम्तीमा पनि हरेक छ महिनामा अनिवार्य रूपमा IFSP को समीक्षा गर्नु पर्ने छ तर यो समीक्षा सोभन्दा अगाडि पनि गर्न सकिने छ । तपाईं कुनै बेला IFSP को समीक्षाका लागि अनुरोध गर्न सक्नु हुने छ ।

समीक्षाको नतीजा

<input type="checkbox"/> लक्ष्य हासिल भयो	<input type="checkbox"/> प्रगति भएको छ; हालकै लक्ष्य, रणनीति र सेवाहरूलाई निरन्तरता दिने	<input type="checkbox"/> हालकै लक्ष्यलाई निरन्तरता दिनु पर्छ तर रणनीति तथा/वा सेवाहरूको समीक्षा गर्नु पर्छ	<input type="checkbox"/> हालका लक्ष्य, रणनीति र सेवाहरूको समीक्षा गर्नु पर्छ	<input type="checkbox"/> अब उपरान्त अभिभावकको प्राथमिकता होइन
मिति	मिति(हरू)	मिति(हरू)	मिति(हरू)	मिति

यस लक्ष्यलाई असर गर्ने नयाँ चिन्ता तथा घटनाहरू

यो लक्ष्य हासिल गर्नेतर्फ भएको प्रगति

प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू: उपलब्ध सबै जानकारी प्रयोग गरेर IFSP टोलीले हाम्रा लक्ष्यहरू हासिल गर्न सहायता गर्ने निम्न प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू पहिचान गरेको छ ।

प्रारम्भिक सहायता	विधि	स्थान	कति पटक	सत्रको अवधि	प्रदायक निकाय	आर्थिक स्रोत	सुरु हुने अनुमानित मिति	समाप्त हुने अनुमानित मिति	लक्ष्यको सङ्ख्या

विधि: प्रत्यक्ष रूपमा (D); सामूहिक रूपमा (J) • स्वयं-उपस्थित हुने: (P); प्रविधि (T)

स्थान: घर (H); समुदाय (C); अन्य (O)

तपाईंको बच्चाको प्राकृतिक परिवेशमा प्रदान नगरिने प्रत्येक प्रारम्भिक सहायता सेवाका हकमा, लक्ष्यहरू प्राकृतिक परिवेशमा किन हासिल गर्न सकिँदैन भन्ने कुराको स्पष्टीकरण प्रदान गरिन्छ ।

सेवालाई प्राकृतिक परिवेशमा सार्नका लागि सेवा संयोजक र परिवारले चाल्ने कदमहरू र अनुमानित मिति सूचीबद्ध गर्नुहोस् ।

आवश्यक रहेको तर हालसम्म संयोजन नगरिएको कुनै पनि प्रारम्भिक सहायता सूचीबद्ध गर्नुहोस् ।

आवश्यक प्रारम्भिक सहायता सेवा(हरू) संयोजन गर्न सेवा संयोजकले चाल्ने कदमहरू ।

सेवा प्राप्त गरिसक्नु पर्ने (TRS)

मिति _____

खण्ड 5: प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि मञ्जुरीनामा

मलाई यस IFSP मा व्याख्या गरिएको प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी प्रावधानको बारेमा सम्पूर्ण जानकारी प्रदान गरिएको छ र मैले उक्त प्रावधान राम्रोसँग बुझेको छु । मैले ओहायो प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु र आफ्नो मञ्जुरी दिने अधिकारको बारेमा बुझेको छु । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु । मैले प्रस्तावित प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूको बारेमा लिखित पूर्व सूचना प्राप्त गरेको छु र म यस IFSP मा व्याख्या गरिएको प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी प्रावधानप्रति सहमत छु ।

अभिभावकको हस्ताक्षर

अभिभावकको नाम

मिति

अभिभावकको हस्ताक्षर

अभिभावकको नाम

मिति

हामी निर्धारित लक्ष्यहरूले परिवारको प्राथमिकता र चिन्ताका विषयहरू प्रतिबिम्बित गर्छन् र प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूले ती लक्ष्यहरू हासिल गर्न मद्दत गर्छन् भन्ने कुरा स्वीकार्छौं । हामी यो योजना परिवारलाई आफ्नो बच्चालाई दैनिक क्रियाकलापहरूमा सहभागी हुन तथा ती क्रियाकलापहरूबाट सिक्न मद्दत गर्न सघाउने तवरले कार्यान्वयन गर्न सहमत छौं ।

हस्ताक्षर	नाम, भूमिका र निकाय	सहभागी हुने तरिका	मिति
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

सहभागी हुने तरिका: स्वयं उपस्थित हुने (P); प्रविधि (T); लिखित (W)

फाराम EI-5

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

अभिभावकको नाम

EIDS नम्बर

प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि बीमाको प्रयोगसम्बन्धी मञ्जुरीनामा

निजी बीमाको प्रयोग

मेरा सेवा संयोजकले मलाई "भुक्तानीको प्रणाली" का नियमहरू र प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूमा लागेको खर्च भुक्तानी गर्न आफ्नो निजी बीमा प्रयोग गर्दा मैले बेहोर्नु पर्ने हुन सक्ने सह-भुक्तानी (को-पेमेन्ट), कटौती रकम, प्रिमियम वा बीमा पोलिसीको वार्षिक वा आजीवन स्वास्थ्य बीमा कभरेज रकममा तोकिएको सीमा नाघेको कारण लाभहरू गुम्ने लगायतका दीर्घकालीन लागत जस्ता सम्भावित खर्चहरूको बारेमा बुझाउनुभएको छ । मैले यी सम्भावित खर्च र मेरा अधिकारको बारेमा लिखित सूचना प्राप्त गरेको छु । मैले आफ्नो निजी बीमा प्रयोग गर्ने मञ्जुरी दिएपछि, म प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि आफै भुक्तानी गर्न सक्षम रहेको ठहर भएको खण्डमा राज्यले IFSP वर्षको पहिलो 55 एकाइ प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूको सह-भुक्तानी र कटौती रकम मात्र बेहोर्ने छ । म प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि आफै भुक्तानी गर्न असक्षम रहेको ठहर भएको खण्डमा भने राज्यले सबै एकाइको सह-भुक्तानी र कटौती रकम बेहोर्ने छ ।

म प्रारम्भिक सहायता (EI) सेवाहरूको बिल मेरो निजी बीमा कम्पनीको नाममा काट्न अनुमति दिन्छु ।

हो

होइन

मैले निजी बीमा गराएको छैन

प्राथमिक बीमापत्र नम्बर

सुरु हुने मिति

समाप्त हुने मिति

स्वास्थ्य बीमा कम्पनीको नाम

बीमा गरिएको व्यक्तिको नाम

दोस्रो बीमापत्र नम्बर

सुरु हुने मिति

समाप्त हुने मिति

स्वास्थ्य बीमा कम्पनीको नाम

बीमा गरिएको व्यक्तिको नाम

अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

सार्वजनिक बीमाको प्रयोग

मेरा सेवा संयोजकले मलाई प्रारम्भिक सहायता सेवाको भुक्तानी प्रणालीका नियमहरू बुझाउनुभएको छ । मैले मेरा अधिकारको बारेमा लिखित सूचना प्राप्त गरेको छु र प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूमा लागेको खर्च भुक्तानी गर्न आफ्नो Medicaid लाभहरूको प्रयोग गर्दा कुनै अतिरिक्त खर्च लाग्दैन भन्ने कुरा बुझेको छु ।

म आफ्नो बच्चाको व्यक्तिगत जानकारी (अर्थात्, मेरो बच्चालाई पहिचान गर्न प्रयोग गरिने जानकारी) बिल बनाउने प्रयोजनका लागि IFSP मा उल्लिखित प्रारम्भिक सहायता सेवा प्रदायक र राज्यको Medicaid निकायलाई प्रदान गर्ने अनुमति दिन्छु ।

हो

होइन

मेरो बच्चाको Medicaid बीमा छैन

Medicaid प्रापक/बिलिड नम्बर

अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

फाराम EI-6

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

अभिभावकको नाम

EIDS नम्बर

सेवा संयोजकको प्रयोगका लागि मात्र

प्रारम्भिक सहायता सेवाका अन्य योग्य कर्मचारीबाट

प्राप्त भएको मिति, यदि लागू हुने भएमा

तेस्रो पक्षसामु अभिलेख खुलासा गर्न दिने मञ्जुरीनामा र जानकारीको खुलासा र/वा आदान प्रदानसम्बन्धी मञ्जुरीनामा

एक अभिभावकको हैसियतले तपाईंसँग आफ्नो बच्चाको प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिलेखहरू

EI प्रणालीको हिस्सा नमानिने अन्य व्यक्ति वा निकायहरूसामु खुलासा गर्न अनुमति दिने वा नदिने अधिकार हुन्छ । तपाईंले अभिलेखहरू खुलासा गर्ने अनुमति दिएपछि मात्र सम्बन्धित व्यक्ति वा निकायहरूलाई यो फारामको एक प्रति प्रदान गरिने छ । तपाईं ती व्यक्ति वा निकायहरूले तपाईंले अन्य निकायहरूलाई अनुमति दिएको कुरा थाहा नपाऊन् भनी चाहनुहुन्छ भने कृपया सबैलाई छुट्टा-छुट्टै अभिलेख फारामहरू पठाउन अनुरोध गर्नुहोस् । एक अभिभावकको हैसियतले तपाईं आफ्नो बच्चाको प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिलेखको कुनै पनि भागमाथि पहुँच राख्न सक्नुहुन्छ । प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिलेखअन्तर्गत संघीय कानूनको अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको शिक्षासम्बन्धी ऐनको भाग C बमोजिम तपाईंको बच्चाको सम्बन्धमा सङ्कलन, भण्डार वा प्रयोग गरिएका सम्पूर्ण अभिलेखहरू पर्दछन् ।

तेस्रो पक्षसामु अभिलेख खुलासा गर्न दिने मञ्जुरीनामा

म प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी निम्न अभिलेखहरू खुलासा गर्ने अनुमति दिन्छु:

व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना (IFSP)

प्रगतिसम्बन्धी टिपोट

जाँच/मूल्याङ्कनका परिणामहरू

अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्) _____

निम्न व्यक्ति वा निकायलाई खुलासा गर्ने अनुमति दिन्छु:

अभिलेख खुलासा गर्नुको उद्देश्य

यो मञ्जुरीनामा मान्य रहने अवधि:

मेरो बच्चाको तेस्रो जन्मदिनसम्म: _____

एक वर्ष । म्याद सकिने मिति लेख्नुहोस् _____

देखि _____ सम्म _____

मेरा सेवा संयोजकले मलाई अभिलेखहरूको खुलासासम्बन्धी सम्पूर्ण जानकारी दिनुका साथै मञ्जुरी दिने विषयलगायत अभिभावकको रूपमा मेरा अधिकारहरूको बारेमा बुझाउनुभएको छ । मैले ओहायो प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्छु । म मेरो बच्चाको अभिलेख खुलासा गर्न सहमत छु ।

अभिभावकको नाम

अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

 Ohio Department of Developmental Disabilities

सबैलाई समान अवसर प्रदान गर्ने रोजगारदाता तथा सेवा प्रदायक जुलाई 2019

 HIO Early Intervention

जानकारीको खुलासा र/वा आदान प्रदानसम्बन्धी मञ्जुरीनामा

म निम्न जानकारी मौखिक, लिखित वा विद्युतीय स्वरूपमा खुलासा र/वा आदान प्रदान गर्ने अनुमति दिन्छु:

प्रारम्भिक सहायता सेवा प्रदायक र निम्न निकाय वा व्यक्तिहरूबीच खुलासा र/वा आदान प्रदान गर्ने अनुमति दिन्छु:

जानकारी खुलासा र/वा आदान प्रदान गर्नुको उद्देश्य

यो मञ्जुरीनामा मान्य रहने अवधि:

मेरो बच्चाको तेस्रो जन्मदिनसम्म:

एक वर्ष । म्याद सकिने मिति लेख्नुहोस्

देखि सम्म

मेरा सेवा संयोजकले मलाई मेरो बच्चा वा मेरो बच्चाले प्राप्त गरेको प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी अभिलेख वा जानकारीको खुलासा र/वा आदान प्रदानसम्बन्धी सम्पूर्ण जानकारी दिनुभएको छ । मैले ओहायो प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु र आफ्नो मञ्जुरी दिने अधिकारको बारेमा बुझेको छु । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु ।

अभिभावकको नाम

अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

आजको मिति _____ बच्चाको नाम _____ बच्चाको जन्म मिति _____
 अभिभावकको नाम _____ EIDS नम्बर _____

सेवा संयोजकको प्रयोगका लागि मात्र		
अभिभावकलाई _____ (मिति) मा यो	मञ्जुरीनामाको एउटा प्रति प्रदान गरिएको थियो:	
<input type="checkbox"/> भेटेर	<input type="checkbox"/> पत्रमार्फत	<input type="checkbox"/> इमेलमार्फत

ट्रान्जिसनसम्बन्धी मञ्जुरीनामा

स्कूल डिस्ट्रिक्ट र Ohio Department of Education (ODE) को सूचना: Ohio Early Intervention (EI) ले तपाईंको बच्चाको शिक्षाका लागि जिम्मेवार ओहायो स्कूल डिस्ट्रिक्ट र ODE लाई तपाईंको बच्चाको नाम र तपाईंको सम्पर्क जानकारी प्रदान गर्न तपाईंको मञ्जुरी लिने छ । यो जानकारीले स्कूल डिस्ट्रिक्टलाई आगामी वर्ष प्रिस्कूल तहका लागि विशेष शैक्षिक कार्यक्रमहरूको योजना बनाउन मद्दत गर्ने छ ।

मेरा सेवा संयोजकले मलाई स्कूल डिस्ट्रिक्ट र ODE लाई मेरो बच्चाको नाम तथा जन्म मिति र मेरो सम्पर्क जानकारी प्रदान गरिने बारेमा सम्पूर्ण जानकारी दिनुका साथै मञ्जुरी दिने विषयलगायत अभिभावकको रूपमा मेरा अधिकारहरूको बारेमा बुझाउनुभएको छ । मैले ओहायो प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु ।

म स्कूल डिस्ट्रिक्ट र ODE लाई आफ्नो बच्चाको नाम तथा जन्म मिति र मेरो सम्पर्क जानकारी प्रदान गर्न सहमत छु ।

म स्कूल डिस्ट्रिक्ट र ODE लाई आफ्नो बच्चाको नाम तथा जन्म मिति र मेरो सम्पर्क जानकारी प्रदान गर्न सहमत छैन ।

अभिभावकको नाम _____ अभिभावकको हस्ताक्षर _____ मिति _____

ट्रान्जिसन योजना निर्माण सम्मेलन (TPC): तपाईंको बच्चा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको शिक्षासम्बन्धी ऐन (IDEA) को भाग B अन्तर्गत प्रिस्कूल सेवाहरू प्राप्त गर्न योग्य ठहर हुन सक्ने भएको खण्डमा, Ohio Early Intervention (EI) ले तपाईंसँग ट्रान्जिसन योजना निर्माण सम्मेलनको समय निर्धारण गर्न मञ्जुरी लिने छ ।

उक्त सम्मेलनमा तपाईंको स्कूल डिस्ट्रिक्टको प्रतिनिधि पनि सहभागी हुनेछन् जसले तपाईंलाई IDEA को भाग B अन्तर्गत प्रिस्कूल सेवाहरू प्राप्त गर्न योग्यता निर्धारण प्रक्रियाको बारेमा बुझाउनु हुने छ । यो सम्मेलन तपाईंको बच्चाको तेस्रो जन्मदिनभन्दा 90 दिनदेखि 9 महिनाअघिको अवधिभित्र आयोजना गर्नु पर्ने छ ।

तपाईंको बच्चा IDEA को भाग B अन्तर्गत प्रिस्कूल सेवाहरू प्राप्त गर्न सम्भवतः योग्य नहुने देखिएमा Ohio Early Intervention (EI) ले तपाईं र तपाईंको टोलीले पहिचान गर्नुभएका अन्य सामुदायिक सेवा प्रदायकहरूसँग ट्रान्जिसन योजना निर्माण सम्मेलन आयोजना गर्न तपाईंको मञ्जुरी लिने छ ।

मेरा सेवा संयोजकले मलाई ट्रान्जिसन योजना निर्माण सम्मेलन (TPC) को बारेमा सम्पूर्ण जानकारी दिनुका साथै मञ्जुरी दिने विषयलगायत अभिभावकको रूपमा मेरा अधिकारहरूको बारेमा बुझाउनुभएको छ । मैले ओहायो प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु ।

म TPC का लागि समय निर्धारण गर्ने अनुमति दिन्छु ।

म TPC आयोजना गर्ने अनुमति दिन चाहन्न ।

अभिभावकको नाम _____ अभिभावकको हस्ताक्षर _____ मिति _____

फाराम EI-8

आजको मिति _____ बच्चाको नाम _____ बच्चाको जन्म मिति _____
अभिभावकको नाम _____ EIDS नम्बर _____

सेवा संयोजकको प्रयोगका लागि मात्र		
अभिभावकलाई _____ (मिति) मा यो मञ्जुरीनामाको एउटा प्रति प्रदान गरिएको थियो:		
<input type="checkbox"/> भेटेर	<input type="checkbox"/> पत्रमार्फत	<input type="checkbox"/> इमेलमार्फत

बच्चालाई स्थानीय शैक्षिक निकाय र Ohio Department of Education (ODE) मा प्रेषित गर्न दिने मञ्जुरीनामा

Ohio Early Intervention (EI) ले हालसालै तपाईंको बच्चाको लागि सिफारिस प्राप्त गरेको थियो । प्रारम्भिक सहायता सेवा शारीरिक तथा मानसिक विकासमा सुस्तता एवं अपाङ्गता भएका जन्मेदेखि तीन वर्षको उमेरका बालबालिकाहरूलाई लक्षित कार्यक्रम हो । तपाईंको बच्चा तीन वर्ष पुग्ने लागेको हुनाले Ohio Early Intervention (EI) तपाईंको बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न असमर्थ छ । तथापि, तपाईंलाई आफ्नो बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकास सुस्त रूपमा भइरहेको छ वा आफ्नो बच्चामा कुनै अपाङ्गता छ जस्तो लाग्छ भने तपाईंको बच्चा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि शिक्षासम्बन्धी ऐन (IDEA) को भाग B अन्तर्गत प्रिस्कूलमा विशेष शैक्षिक सेवाहरू प्राप्त गर्न योग्य हुन सक्छ ।

तपाईं आफ्नो स्कूल डिस्ट्रिक्टमा सम्पर्क गरी आफै सिफारिस गर्न सक्नुहुन्छ ।

तपाईं EI ले स्कूल डिस्ट्रिक्टमा सम्पर्क गरी सिफारिस गरोस् भन्ने चाहनुहुन्छ भने हामीले अनिवार्य रूपमा तपाईंको मञ्जुरी लिनु पर्ने हुन्छ । तपाईंको मञ्जुरीमा हामी तपाईंको बच्चाको शिक्षाका लागि जिम्मेवार स्कूल डिस्ट्रिक्ट र ODE लाई तपाईंको सम्पर्क जानकारी र तपाईंको बच्चाको नाम र जन्म मितिको विवरण प्रदान गर्ने छौं ।

मेरो स्थानीय स्कूल डिस्ट्रिक्ट र ODE लाई मेरो सम्पर्क जानकारीका साथसाथै मेरो बच्चाको नाम र जन्म मितिको विवरण प्रदान गरिने बारेमा मलाई पूर्ण जानकारी दिइएको छ र म त्यसमा सहमत छु । मैले यो फारामको साथमा ओहायो प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु । म Ohio Early Intervention (EI) लाई मेरो स्कूल डिस्ट्रिक्ट र ODE लाई मेरो बच्चाको नाम र जन्म मितिका साथै मेरो सम्पर्क जानकारी प्रदान गर्ने अनुमति दिन्छु ।

अभिभावकको नाम _____ अभिभावकको हस्ताक्षर _____ मिति _____

फाराम EI-1

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

अभिभावकको नाम

EIDS नम्बर

सेवा संयोजकको प्रयोगका लागि मात्र

मिति

(मिति) मा

यो सूचना अभिभावकलाई प्रदान गरिएको थियो:

भेटेर

पत्रमार्फत

इमेलमार्फत

अयोग्यता निर्धारणसम्बन्धी लिखित पूर्व सूचना

जाँचको सारांश

तपाईंको बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकासका सबै पक्षहरूको जाँच गरिएको थियो । जाँचमा विभिन्न क्षेत्रका विशेषज्ञ र एकभन्दा बढी विधि प्रयोग गरिएको थियो । तपाईंको बच्चाले उक्त जाँचमा प्राप्त गरेको अङ्क र विशेषज्ञहरूको रायका आधारमा मूल्याङ्कन टोलीले तपाईंको बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकास सुस्त नभएको ठहर गरेको छ । तपाईंको बच्चाको हालको सीप र व्यवहार उही उमेर समूहका बालबालिकाको जस्तै छ, त्यसकारण तपाईंको बच्चा प्रारम्भिक सहायता सेवा प्राप्त गर्न

योग्य छैन । तल जाँच टोलीले शारीरिक तथा मानसिक विकासका सबै क्षेत्रहरूमा तपाईंको बच्चाको हालको स्तरको सारांश प्रस्तुत गरेको छ । उनीहरूले तपाईंको बच्चाको निगरानी, परीक्षण (विभिन्न परीक्षाहरू सहित), तपाईंको बच्चाको विगतका विवरणको समीक्षा र तपाईंले प्रदान गर्नुभएको अन्य जानकारीका माध्यमबाट तपाईंको बच्चाको विकासको बारेमा आफूले बुझेका कुराहरू वर्णन गरेका छन् ।

- प्रयोग गरिएको विधि:** यस खण्डमा, जाँच टोलीले कुन विधि प्रयोग गरिएको थियो, कुन-कुन मितिमा प्रयोग गरिएको थियो र शारीरिक तथा मानसिक विकासका सबै क्षेत्र (घुलमिल हुने, शारीरिक [ठूला र साना मांसपेशीको चाल, दृष्टि र श्रवण], सञ्चार, सामाजिक भावनात्मक र बोध) मा प्राप्त परिणामहरूको प्रमाण प्रस्तुत गरेको छ । यसमा जाँच गरिएको स्थान र विधि वा परिवेशसँग अनुकूल हुनका लागि प्रयोग गरिएको कुनै पनि माध्यम (अनुकूलनीय उपकरण, दोभाषे, साङ्केतिक भाषा) सम्बन्धी टिप्पणीहरू पनि समावेश गरिएका छन् ।

- तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्यसम्बन्धी विगतको जानकारीको समीक्षा:** यो जाँच टोलीले अभिभावकको अन्तर्वार्ता र स्वास्थ्य (जस्तै, शारीरिक स्वास्थ्य, दृष्टि, श्रवण, पोषण, वंशानुगत स्थिति र विशेषज्ञ क्लिनिक) र शिक्षासम्बन्धी रेकर्डहरू (जस्तै, अर्ली हेड स्टार्ट कार्यक्रम र बालस्याहार सेवा प्रदायकहरूबाट प्राप्त रेकर्डहरू) बाट थाहा पाएको कुराहरूको एउटा सारांश हो ।

III. तपाईंको बच्चाको व्यक्तिगत निरीक्षण: यो जाँच टोलीले जाँचका क्रममा तपाईंको बच्चाको निरीक्षण गरेर थाहा पाएको कुराहरूको एउटा सारांश हो । यसमा तपाईंको बच्चा सहभागी भएका क्रियाकलापहरूको प्रकार, उनले कुराकानी गरेका व्यक्ति र जाँच टोलीसहित नयाँ र परिचित परिवेश तथा मान्छेहरूप्रति उनले देखाएको प्रतिक्रिया जस्ता कुराहरू समावेश छन् ।

IV. तपाईंको बच्चाको फरक किसिमको शारीरिक तथा मानसिक विकासलाई अझ राम्रोसँग बुझ्न आवश्यकताअनुसार अन्य स्रोतबाट प्राप्त जानकारी: आदान प्रदान गरिएको तर कहींपनि अभिलेख नराखिएको अन्य कुनै पनि किसिमको जानकारी यहाँ समावेश गरिएको हुन सक्छ ।

बहु-क्षेत्रीय जाँच तथा मूल्याङ्कन टोलीका सदस्यहरू

ठूलो अक्षरमा नाम

क्षेत्र

सम्पर्क जानकारी

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

तपाईंको बच्चाको विकास प्रवर्धन गर्नका लागि केही सुझावहरू

तपाईंलाई उपयोगी हुन सक्ने सामुदायिक सहायता एवं स्रोतसाधनहरू

एक अभिभावकको हैसियतले तपाईंसँग विवादको समाधान खोज्ने विकल्पहरू छन् । यस मञ्जुरीनामासँगै सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति पनि पठाइएको छ । यस जाँचका परिणामहरूको बारेमा कुनै पनि प्रश्न भएमा कृपया आफ्नो EI सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुहोस् । तपाईंको बच्चा तीन वर्ष पूरा हुनुअघि तपाईंको बच्चाको शारीरिक तथा मानसिक विकासका सम्बन्धमा नयाँ चिन्ताका विषयहरू देखिएको खण्डमा पनि तपाईं आफ्नो सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ ।

सेवा संयोजकको नाम

सेवा संयोजकको सम्पर्क जानकारी

फाराम EI-10

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

अभिभावकको नाम

EIDS नम्बर

सेवा संयोजकको प्रयोगका लागि मात्र

अभिभावकलाई (मिति) मा यो

सूचनाको एउटा प्रति प्रदान गरिएको थियो:

भेटेर

पत्रमार्फत

इमेलमार्फत

सेवा समाप्तिसम्बन्धी लिखित पूर्व सूचना

Ohio Early Intervention (EI) ले तपाईं तथा तपाईंको बच्चालाई प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू प्रदान गर्न बन्द गर्ने प्रस्ताव गरेको छ । Ohio Early Intervention (EI) ले तपाईंको बच्चाको नवौं जन्मदिनसम्म उनको अभिलेखको प्रति आफूसँग सुरक्षित राख्ने छ । तपाईंलाई आफ्नो बच्चाको अभिलेख हेर्ने वा अनुरोध गर्ने अधिकार छ । Ohio Early Intervention ले यो सूचना पठाइएको मितिबाट कम्तीमा 10 दिनपछि तपाईंको बच्चालाई निम्न कारणले EI प्रणालीबाट हटाउने प्रस्ताव गरेको छ:

तपाईंको बच्चाको जाँच गरिएको थियो र उक्त जाँचमा तपाईंको बच्चामा विकासजन्य सुस्तता वा अपाङ्गता देखिएन । तपाईं आफ्नो EI सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गरी जुनसुकै बेला आफ्नो बच्चाको जाँच गर्न अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ ।

तपाईंको बच्चाको IFSP मा तोकिएका लक्ष्यहरू हासिल भए र तपाईंको बच्चाको IFSP टोलीले तपाईंको बच्चालाई अबदेखि IFSP आवश्यक नभएको ठहर गर्‍यो ।

तपाईंले आफ्नो बच्चाको जाँच वा मूल्याङ्कनका लागि मञ्जुरी दिनुभएन ।

तपाईंले EI प्रणालीमा सहभागी नहुने निर्णय गर्नुभयो ।

तपाईंको बच्चाले प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू प्राप्त गर्न योग्य हुनका लागि तोकिएका मापदण्डहरू पूरा गरेन ।

हामीले तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सकेनौं । कृपया यो सूचनाको मितिबाट दश दिन भित्र आफ्नो EI सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

योग्यता पुनः निर्धारण गर्नु पर्ने थियो तर गरिएन ।

तपाईंको बच्चा ओहायो राज्य बाहिर बसाइ सरेर गयो ।

बच्चाको वार्षिक मूल्याङ्कन गरिएन ।

तपाईंले हाल आफ्नो परिवारलाई व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना (IFSP) आवश्यक नभएको ठहर गर्नुभयो ।

तपाईंको बच्चाको उमेर तीन वर्ष पूरा हुनुअघि नै उनलाई IEP सहित IDEA को भाग B अन्तर्गतका सेवाहरू प्रदान गरियो ।

टिप्पणीहरू:

एक अभिभावकको हैसियतले तपाईंसँग विवादको समाधान खोज्ने विकल्पहरू छन् । यस सूचनासँगै सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति पनि पठाइएको छ । तपाईंको बच्चालाई जुन कारण दिएर EI प्रणालीबाट हटाइएको हो उक्त कारण अस्पष्ट वा गलत छ जस्तो लाग्छ भने कृपया मलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

EI सेवा संयोजकको नाम

EI सेवा संयोजकको सम्पर्क जानकारी

तपाईं आफ्नो बच्चाको उमेर तीन वर्ष पूरा हुनुअघि नै केन्द्रीय भर्ना विभाग (Central Intake) लाई 1-800-755-4769 मा फोन गरेर वा www.ohioearlyintervention.org मा गएर कुनै पनि समयमा पुनः सिफारिस गर्न सक्नुहुन्छ ।

फाराम EI-11

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

अभिभावकको नाम

EIDS नम्बर

सेवाहरूमा प्रस्तावित परिवर्तनसम्बन्धी लिखित पूर्व सूचना

Ohio Early Intervention (EI) को कुनै पनि सेवा प्रदायकले तपाईंको परिवार वा बच्चालाई प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू प्रदान गर्न सुरु गर्ने वा ती सेवाहरू परिवर्तन गर्ने प्रस्ताव गर्दा हामीले तपाईंलाई ती सेवा प्रदान गर्न सुरु गर्नु वा सेवा परिवर्तन गर्नुभन्दा कम्तीमा दश दिनअघि अनिवार्य रूपमा लिखित पूर्व सूचना दिनु पर्छ ।

Ohio Early Intervention ले एक वा सोभन्दा बढी प्रारम्भिक सहायता सेवा(हरू) सुरु गर्ने परिवर्तन गर्ने प्रस्ताव गरेको छ ।

प्रस्तावित परिवर्तनसम्बन्धी विवरण

परिवर्तन प्रस्ताव गर्नुको कारण

परिवर्तनको प्रस्तावित मिति (आजको मितिबाट कम्तीमा 10 दिनपछि)

तपाईंसँग हाम्रो यस कार्यको बारेमा कुनै पनि प्रश्न भएमा कृपया सकेसम्म छिटो मलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

EI सेवा प्रदायकको नाम

EI सेवा प्रदायकको सम्पर्क जानकारी

एक अभिभावकको हैसियतले तपाईंसँग विवादको समाधान खोज्ने विकल्पहरू छन् । यस सूचनासँगै ओहायो सहायता सेवासम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति पनि पठाइएको छ । तपाईंसँग कुनै प्रश्न छन् भने कृपया दिइएको नम्बर वा ठेगानामा आफ्नो EI सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुहोस्:

EI सेवा संयोजकको नाम

EI सेवा संयोजकको सम्पर्क जानकारी

समयमै सूचना प्राप्त गर्ने अधिकारको त्याग (ऐच्छिक)

म प्रस्तावित क्रियाकलाप परिवर्तन वा सुरु गर्नुभन्दा 10 दिन अगाडि लिखित सूचना प्राप्त गर्ने आफ्नो अधिकार त्याग्न सहमत छु ।

अभिभावकको नाम र थरको पहिलो अक्षर

मिति

(नाम/भूमिका) ले अभिभावकलाई

(मिति) मा

यो सूचना र मञ्जुरी फारामको एउटा प्रति प्रदान गर्नुभएको थियो: भेटेर पत्रमार्फत इमेलमार्फत

यो फाराम EI सेवा संयोजकबाहेक अरु कसैले भरेको खण्डमा प्रारम्भिक सहायता सेवा प्रदायकले अभिभावकलाई सूचित गरेको मितिबाट दश दिनभित्र EI सेवा संयोजकलाई पनि यस फारामको एउटा प्रति पठाउनु पर्ने छ ।

फाराम EI-12

पत्ता लागेको समस्याको प्रलेख

आदरणीय स्वास्थ्य पेशाकर्मि – अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि शिक्षासम्बन्धी ऐन (IDEA) को भाग C अन्तर्गतका सेवाहरू प्राप्त गर्न तोकिएका राज्य तथा संघीय मापदण्डहरू बमोजिम स्वास्थ्य पेशाकर्मिले गरेका धेरैजसो निदानहरूले बच्चाहरूलाई प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि योग्य ठहर गर्दैनन् । यद्यपि, मानसिक वा शारीरिक समस्याहरूको निदान तथा उपचार गर्न इजाजत प्राप्त स्वास्थ्य पेशाकर्मिले कुनै बच्चामा देखिएको शारीरिक वा मानसिक समस्याले उक्त बच्चाको विकास सुस्त बनाउन सक्छ भन्ने कुरा ठहर गर्न सक्छन् । इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य पेशाकर्मिले उक्त बच्चा एक वर्षसम्म प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू प्राप्त गर्न योग्य रहेको ठहर गर्न सक्छन् । त्यसपछि EI टोलीले विस्तृत मूल्याङ्कन गरी बच्चाका लागि आवश्यक कार्यक्रम निर्धारण गर्न छ । यो फाराम प्रयोग गरी प्रारम्भिक सहायता सेवा प्राप्त योग्य रहे नरहेको ठहर गर्नका लागि यो फाराम पूर्ण रूपमा भरेको हुनु पर्छ ।

बच्चाको नाम	बच्चाको जन्म मिति	अभिभावकको नाम
-------------	-------------------	---------------

कृपया यो बाकसमा बच्चामा देखिएको निश्चित मानसिक वा शारीरिक समस्या लेख्नुहोस् ।
"सबै कुरा सुस्त छ" वा "विकासजन्य सुस्तता" वा "बोलीसम्बन्धी समस्या" जस्ता विकासजन्य चिन्ताका विषयलगायतका अस्पष्ट समस्या नलेख्नुहोस् ।

तल कुनै एउटा बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्

यो बच्चामा देखिएको शारीरिक र/वा मानसिक समस्याका कारण उनको शारीरिक तथा मानसिक विकासका निम्न क्षेत्रहरूमध्ये कम्तीमा एउटा क्षेत्रमा विकासजन्य सुस्तता हुने सम्भावना छ (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> सञ्चार | <input type="radio"/> सामाजिक/भावनात्मक |
| <input type="radio"/> मांसपेशीको चाल | <input type="radio"/> घुलमिल हुने/आफ्नो स्याहार आफै गर्न/स्वतन्त्रता |
| <input type="radio"/> दृष्टि | <input type="radio"/> बोधात्मक/समस्या समाधान गर्ने क्षमता |
| <input type="radio"/> श्रवण | <input type="radio"/> अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्) _____ |

टिप्पणी (ऐच्छिक)

म यो बच्चामा देखिएको शारीरिक र/वा मानसिक समस्याका कारण उनको शारीरिक तथा मानसिक विकासमा सुस्तता हुन सक्ने कुनै कारण देखिदैन । यद्यपि, अभिभावक र बच्चासँग योग्यता निर्धारणका लागि विकासजन्य मूल्याङ्कन गर्ने अधिकार हुने छ ।

मानसिक वा शारीरिक समस्याहरूको निदान तथा उपचार गर्न इजाजत प्राप्त स्वास्थ्य पेशाकर्मि

नाम	इजाजतपत्रको प्रकार	फोन नम्बर
हस्ताक्षर	इमेल	मिति

कृपया यो फाराम आफ्नो बच्चाको प्रारम्भिक सहायता सेवा संयोजकलाई फिर्ता गर्नुहोस्

सेवा संयोजकको नाम	फ्याक्स नम्बर	इमेल
-------------------	---------------	------

सेवा संयोजकको प्रयोगका लागि मात्र
फाराम प्राप्त भएको मिति _____ EIDS नम्बर _____

फाराम EI-13

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

अभिभावकको नाम

EIDS नम्बर

सेवा संयोजकको प्रयोगका लागि मात्र

अभिभावकलाई (मिति) मा यस

सूचनाको एउटा प्रति प्रदान गरिएको थियो: भेटेर

पत्रमार्फत इमेलमार्फत अन्य व्यक्तिहरूलाई सूचनाहरू

पठाइएको (मिति)

व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना (IFSP) बैठकसम्बन्धी सूचना

देहायका कार्यहरू गर्नका लागि बैठक बस्ने समय भएको छ:

आवश्यक मूल्याङ्कन गरी "प्रारम्भिक IFSP" नबनाउँदासम्म लागि एउटा अन्तरिम IFSP बनाउने ।

योग्यता र मूल्याङ्कनबाट प्राप्त जानकारीको समीक्षा गरी प्रारम्भिक IFSP बनाउने ।

IFSP मा पहिचान गरिएका लक्ष्यहरू हासिल गर्नेतर्फ भएको प्रगति निर्धारण गर्न तथा लक्ष्यहरू परिमार्जन वा संशोधन गर्न अथवा IFSP मा उल्लिखित प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू प्रदान गर्न आवश्यक छ कि भनेर निक्क्यौल गर्न आवधिक रूपमा IFSP को समीक्षा गर्ने ।

योग्यता र मूल्याङ्कनबाट प्राप्त जानकारीको समीक्षा गरी वार्षिक IFSP बनाउने । यस IFSP बैठकमा ट्रान्जिसन योजना

निर्माण सम्मेलन पनि आयोजना गरिने छ ।

हामी देहायको मिति, समय र स्थानमा IFSP बैठक आयोजना गर्न सहमत छौं:

मिति

समय

स्थान

तपाईंले निम्न व्यक्तिहरूलाई IFSP बैठकमा आमन्त्रित गर्न अनुरोध गर्नुभएको छ । उनीहरूलाई पनि यो सूचनाको एउटा प्रति पठाइने छ ।

नाम, भूमिका वा नाता

नाम, भूमिका वा नाता

नाम, भूमिका वा नाता

नाम, भूमिका वा नाता

यसका अतिरिक्त, निम्न प्रारम्भिक सहायता सेवा प्रदायकहरूलाई पनि IFSP बैठकमा उपस्थित हुन आमन्त्रित गरिएको छ । उनीहरूलाई पनि यो सूचनाको एउटा प्रति पठाइने छ ।

नाम, भूमिका वा निकाय

नाम, भूमिका वा निकाय

नाम, भूमिका वा निकाय

नाम, भूमिका वा निकाय

तपाईंसँग कुनै पनि प्रश्न छन् वा तपाईं यस बैठकको बारेमा कुनै पनि कुरा परिवर्तन गर्न चाहनुहुन्छ भने कृपया म (तपाईंको EI सेवा संयोजक) लाई सम्पर्क गर्नुहोस्:

सेवा संयोजकको नाम

सेवा संयोजकको सम्पर्क जानकारी

विशेषज्ञले गरेको प्रेषणको फलो-अप

प्रेषणको अनुरोध प्राप्त गरेको मिति

अभिभावकको मञ्जुरी प्राप्त भएपछि मात्र बच्चालाई प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सिफारिस गर्ने विशेषज्ञलाई यो फारामको एउटा प्रति प्रदान गरिने छ ।

आजको मिति

प्रेषण गरिएको बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

बच्चालाई प्रेषण गर्ने विशेषज्ञको नाम

निकायको नाम

विशेषज्ञ वा निकायको सम्पर्क जानकारी

मेरा सेवा संयोजकले मेरो बच्चालाई सिफारिस गरिएको प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) को स्थितिका बारेमा अरूसँग जानकारी आदान प्रदान गरिने बारेमा सम्पूर्ण जानकारी दिनुका साथै मञ्जुरी दिने विषयलगायत अभिभावकको रूपमा मेरा अधिकारहरूको बारेमा बुझाउनुभएको छ । मैले ओहायो प्रारम्भिक सहायता सेवा (EI) सम्बन्धी अभिभावकका अधिकारहरू नामक पर्चाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु । प्रारम्भिक सहायता सेवासम्बन्धी मेरा कुनै गुनासा भए म उपलब्ध विकल्पहरूको माध्यमबाट तिनीहरूको समाधान खोज्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु । म मेरो बच्चालाई सहायता सेवा सिफारिस गर्ने विशेषज्ञलाई प्रेषणको स्थितिको बारेमा जानकारी प्रदान गर्न सहमत छु ।

अभिभावकको नाम

अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

अभिभावकले आफ्नो बच्चाको प्रेषणको स्थितिको बारेमा जानकारी प्रदान गर्न सहमति जनाउनुभएन । थप जानकारीका लागि कृपया सम्बन्धित परिवारलाई सम्पर्क गर्नुहोस् ।

अभिभावकहरूलाई सम्पर्क गर्ने धेरै प्रयास गरियो तर सम्पर्क हुन सकेन । तपाईंसँग अभिभावकको नयाँ सम्पर्क जानकारी छ भने हामीलाई दिनुहोस् ।

अभिभावकलाई सम्पर्क गरियो र निम्न कुराहरू भए:

Ohio Early Intervention बाट सेवा प्राप्त गर्नका लागि

Ohio Early Intervention बाट सेवा प्राप्त गर्न योग्य छैनन्

योग्यता निर्धारण गर्ने क्रममा अभिभावकले प्रारम्भिक सहायता

अभिभावकसहितको प्रारम्भिक सहायता सेवा टोलीले यस समयमा प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू आवश्यक नभएको ठहर गर्‍यो

सेवा अस्वीकार गर्नुभयो

सेवा सिफारिस गर्नुभएकोमा Ohio Early Intervention को तर्फबाट तपाईंलाई धन्यवाद ! तपाईं केन्द्रीय भर्ना विभाग (Central Intake) लाई 1-800-755-4769 मा फोन गरेर वा www.ohioearlyintervention.org मा गएर कुनै पनि समयमा पुनः सिफारिस गर्न सक्नुहुन्छ ।

फाराम EI-15

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

अभिभावकको नाम

EIDS नम्बर

प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि भुक्तानी गर्ने अभिभावकको क्षमता निर्धारण

कागजात (कुनै एउटा भए पुग्छ)

(A) ओहायो Medicaid कार्ड

(B) ओहायो WIC कार्ड

(C) अभिभावकको आय

अभिभावकको आय:

साप्ताहिक (52)

हरेक दुई हप्तामा (26)

मासिक (12)

अर्धमासिक (24)

परिवारमा सदस्यको सङ्ख्या _____

तलब भुक्तानीको
अधिकारीको मिति

कुल रकम

अभिभावकको आय:

साप्ताहिक (52)

हरेक दुई हप्तामा (26)

मासिक (12)

अर्धमासिक (24)

परिवारमा सदस्यको सङ्ख्या _____

तलब भुक्तानीको

कुल रकम

कुल वार्षिक आय

परिवारको आय Healthy Start अन्तर्गत बीमा नगरिएका बालबालिकाहरूले सेवा प्राप्त गर्न योग्य हुनका लागि तोकिएको रकमभन्दा कम वा
सोसँग बराबर छ ? (संघीय गरीबी स्तरको 206%) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

हो

होइन

म आफ्नो आर्थिक अवस्थाबारे जानकारी प्रदान गर्न चाहन्छु र OAC 5123:10-03 (D) अनुसार

सार्वजनिक आर्थिक सहयोग प्राप्त पहिलो 55 एकाइबाहेकका प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूमा लागेको खर्च म आफैले तिर्नु पर्ने छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु ।

अभिभावकको नाम र थरको पहिलो अक्षर

मैले अभिभावकले OAC 5123:2-10-03 (D) बमोजिम पेस गरेको कागजपत्र एवं प्रमाणहरूको समीक्षा गरेको छु र देहाय बमोजिम ठहर गरेको छु:

अभिभावक प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि आफै भुक्तानी गर्न सक्षम छ असक्षम छ ।

EI सेवा संयोजकको नाम

मिति

EI सेवा संयोजकको हस्ताक्षर

मैले यो फाराम भर्न प्रयोग गरिएको जानकारीको समीक्षा गरेको छु र मेरा सेवा संयोजकले म प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूका लागि आफैले भुक्तानी गर्न सक्षम छु वा असक्षम छु भन्ने निर्णयको बारेमा बुझाउनुभएको छ ।

अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

फाराम EI-16

आजको मिति EIDS _____ बच्चाको नाम _____

नम्बर _____ बच्चाको जन्म मिति _____

सेवा संयोजकको प्रयोगका लागि मात्र

मिति _____ (मिति/IFSP मा हस्ताक्षर गरेको 30 दिन भित्र) EI-04 EI-05 EI-15 फाराम सहित यो फाराम DODD मा पेश गरिएको थियो ।

प्रारम्भिक सहायता सेवाहरूको भुक्तानी

अभिभावकको नाम			अभिभावकको नाम		
ठेगाना			ठेगाना		
सहर	राज्य	जिप कोड	सहर	राज्य	जिप कोड
सामाजिक सुरक्षा नम्बर			सामाजिक सुरक्षा नम्बर		
घरको फोन नम्बर	कार्यालयको फोन नम्बर		घरको फोन नम्बर	कार्यालयको फोन नम्बर	
इमेल			इमेल		
बच्चा बस्ने ठेगाना			काउण्टी		
सहर	राज्य	जिप कोड	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	

IFSP मा सिफारिस गरिएका प्रारम्भिक सहायता सेवाहरू (आवश्यक भएमा पाना थप्नुहोस्)

सेवाको वर्ग	सेवा प्रदायकको नाम र ठेगाना	पटक	भुक्तानीको स्रोत

सेवा संयोजकको हस्ताक्षर	मिति	सेवा संयोजकको इमेल
सेवा संयोजकको नाम	निकायको नाम	टेलिफोन नम्बर
ठेगाना	सहर	राज्य जिप कोड

म माथि उल्लिखित सेवा संयोजकलाई यस आवेदनमा नाम उल्लिखित बच्चाले प्राप्त गर्ने सेवाहरूबाट भुक्तानीका लागि यो आवेदन Ohio Department of Developmental Disabilities (DODD) मा पेश गर्ने अनुमति दिन्छु ।

अभिभावकको नाम _____ अभिभावकको हस्ताक्षर _____ मिति _____

DODD को प्रयोजनका लागि मात्र

स्वीकृत	पहिलो 55 एकाइ	अतिरिक्त सेवाहरूको अनुरोध	असाधारण मेडिकल पूरा गरेको	लागू हुने मिति	म्याद सकिने मिति
<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन		
DODD का कर्मचारी				मिति	

फाराम EI-17

आजको मिति

बच्चाको नाम

बच्चाको जन्म मिति

अभिभावकको नाम

EIDS नम्बर

असाधारण औषधोपचार खर्चको विवरण

अभिभावकको आय: साप्ताहिक (52) हरेक दुई हप्तामा (26) मासिक (12) अर्धमासिक (24) परिवारमा सदस्यको सङ्ख्या: _____

तलब भुक्तानीको अधिकद्वीको मिति _____

कुल रकम _____

अभिभावकको आय: साप्ताहिक (52) हरेक दुई हप्तामा (26) मासिक (12) अर्धमासिक (24) परिवारमा सदस्यको सङ्ख्या: _____

तलब भुक्तानीको अधिकद्वीको मिति _____

कुल रकम _____

कुल वार्षिक आय _____

परिवारको आय संघीय गरीबी स्तर (FPL) को 210-401% वा सोभन्दा बढी भए नभएको हिसाब गर्नका लागि <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> मा जानुहोस् ।

वार्षिक आय _____ X _____ = आफैले तिरेको औषधोपचार खर्च
EME

मैले US Department of Health and Human Services ले निर्धारण गरेको हालैको संघीय गरीबी स्तरको आधारमा औषधोपचारमा हुने अनुमानित स्वर्च हिसाब गरेको छु र यो जानकारी संघीय रेजिस्टरमा प्रकाशित गर्नुका साथै अभिभावकलाई पनि प्रदान गरेको छु । DODD ले यो जानकारी प्रयोग गरी परिवारको असाधारण औषधोपचार खर्च हिसाब गर्ने छ ।

EI सेवा संयोजकको नाम

मिति

EI सेवा संयोजकको हस्ताक्षर

फाराम EI-18

औषधोपचारमा परिवारको स्वखर्चको विवरण राख्ने तालिका

बच्चाको नाम _____ बच्चाको जन्म मिति _____ परिवारको वार्षिक आय _____

IFSP बनाएको वर्ष _____ फाराम E-17 मा उल्लेख गरिए बमोजिम औषधोपचारमा भएको स्वखर्च _____

EI सेवा संयोजकले DODD मा पेस गर्नु पर्ने:

IFSP सँगै प्रारम्भिक सहायता सेवा फाराम EI-15, EI-16, EI-17 संलग्न गरिएको छ ?

 हो होइन

रसिद नम्बर	भुक्तानीको गरेको मिति	भुक्तानी केका लागि गरेको	औषधोपचार खर्च	तपाईंले भुक्तानी गर्नुभएको रकम (रकम \$100 भन्दा बढी भएमा रसिद पनि संलग्न गर्नुहोस्)

