

# Formulário EI-1

_____	_____	_____
Data atual	Nome da criança	Data de nascimento da criança
_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)		Número do EIDS

## Apenas para uso do coordenador de serviços

A \_\_\_\_\_ (data), foi fornecida uma cópia deste aviso e consentimento ao(s) progenitor(es)

pessoalmente  por correio  por e-mail

## Aviso Prévio por Escrito e Consentimento para o Rastreamento do Desenvolvimento

O rastreamento do desenvolvimento é utilizado para determinar se o seu filho é suspeito de ter um atraso de desenvolvimento. O rastreamento inclui a recolha de informações fornecidas por si, pelo progenitor e por outro(s) à sua escolha, bem como a observação da criança e a utilização de um instrumento de rastreamento que cobre todas as áreas de desenvolvimento. Pode solicitar uma avaliação do desenvolvimento em qualquer altura, independentemente do resultado do rastreamento. Deve ser-lhe fornecido um aviso por escrito pelo menos 10 dias antes do rastreamento.

O meu coordenador de serviços forneceu-me todas as informações relativas ao rastreamento do desenvolvimento e explicou-me os meus direitos parentais, incluindo o fornecimento do consentimento. Tenho na minha posse uma cópia da brochura Ohio Early Intervention (EI) Parent Rights. Compreendo que tenho opções de resolução de litígios se tiver uma queixa relativa à EI. Compreendo e autorizo o rastreamento do desenvolvimento do meu filho.

_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)	Assinatura do(s) progenitor(es)	Data

### Renúncia de notificação (opcional)

Compreendo e concordo em renunciar ao meu direito de receber um aviso por escrito 10 dias antes da atividade proposta.

_____	_____
Iniciais do(s) progenitor(es)	Data

## Formulário EI-2

### Apenas para uso do coordenador de serviços

A \_\_\_\_\_ (data), foi fornecida uma cópia deste aviso e consentimento ao(s) progenitor(es)

pessoalmente  por correio  por e-mail

\_\_\_\_\_  
Data atual

\_\_\_\_\_  
Nome da criança

\_\_\_\_\_  
Data de nascimento da criança

\_\_\_\_\_  
Nome do(s) progenitor(es)

\_\_\_\_\_  
Número do EIDS

## Aviso Prévio por Escrito e Consentimento para a Avaliação e Análise do Desenvolvimento

A elegibilidade para uma Intervenção Precoce (EI) pode ser determinada através de uma avaliação. A avaliação do desenvolvimento é conduzida por uma equipa de EI — um ou mais profissionais — para determinar a elegibilidade do seu filho. A avaliação, geralmente realizada ao mesmo tempo, destina-se a compreender a participação do seu filho nas rotinas e atividades diárias da sua família. A avaliação e a análise incluem:

- Uma revisão dos registos relevantes, incluindo os registos médicos divulgados com o seu consentimento;
- Uma observação do seu filho;
- Informações por si fornecidas sobre o desenvolvimento do seu filho; e
- Utilização de ferramenta(s) de avaliação e de análise que forneçam informações sobre o desenvolvimento do seu filho nas áreas de comunicação, adaptação/autogestão bem como nas áreas sociais/emocionais, cognitivas/de raciocínio/resolução de problemas, de coordenação motora/mobilidade, visuais e auditivas.

Estas informações, juntamente com as informações por si fornecidas sobre os recursos, prioridades e preocupações da sua família, permitem criar as bases de um Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP) e determinar que serviços de EI são necessários para o apoiar a si e ao seu filho. Deve ser-lhe fornecido um aviso por escrito pelo menos 10 dias antes da avaliação e análise.

Propomo-nos a (marque todas as opções aplicáveis):

- Identificar a elegibilidade do seu filho para EI através da realização de uma avaliação do desenvolvimento
- Identificar os pontos fortes e as necessidades do seu filho através de uma avaliação do desenvolvimento

O meu coordenador de serviços forneceu-me todas as informações relativas à avaliação e/ou análise e explicou-me os meus direitos parentais, incluindo o fornecimento do consentimento. Tenho na minha posse uma cópia da brochura Ohio Early Intervention (EI) Parent Rights. Compreendo que tenho opções de resolução de litígios se tiver uma queixa relativa à EI.

Dou o meu \_\_\_\_\_  avaliação  análise do meu filho (marque uma ou ambas as opções, consentimento para \_\_\_\_\_ conforme aplicável).

\_\_\_\_\_  
Nome do(s) progenitor(es)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(s) progenitor(es)

\_\_\_\_\_  
Data

### Renúncia de notificação (opcional)

Compreendo e concordo em renunciar ao meu direito de receber um aviso por escrito 10 dias antes da atividade proposta.

\_\_\_\_\_  
Iniciais do(s) progenitor(es)

\_\_\_\_\_  
Data

## Formulário EI-3

### Apenas para uso do coordenador de serviços

A \_\_\_\_\_ (data), foi fornecida uma cópia deste aviso e consentimento ao(s) progenitor(es)

pessoalmente  por correio  por e-mail

Data da oferta da FDA

_____	_____	_____
Data atual	Nome da criança	Data de nascimento da criança
_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)		Número do EIDS

### Aviso Prévio por Escrito e Consentimento para a Análise Dirigida à Família

A Intervenção Precoce (EI) assenta e fornece apoios e recursos para ajudar os membros da família e os prestadores de cuidados a melhorar o desenvolvimento da criança e a sua participação nas atividades quotidianas. Enquanto progenitor, conhece o seu filho melhor do que ninguém. Sabe que situações diárias dão mais alegria ou representam desafios únicos para si e para a sua família.

A avaliação da família é a sua oportunidade de informar de forma mais detalhada a sua equipa de EI em relação às suas preocupações e prioridades para incluir o seu filho com sucesso em todas as suas atividades diárias e os eventuais recursos disponíveis para o ajudar. A avaliação da família é voluntária e apenas serão incluídos os membros da família que nela desejem participar.

Tem o direito de partilhar apenas as informações sobre a sua família que considerar oportunas. Deve-lhe ser fornecido um aviso por escrito pelo menos 10 dias antes da avaliação dirigida à família.

O meu coordenador de serviços forneceu-me todas as informações relativas à avaliação dirigida à família e explicou-me os meus direitos parentais, incluindo o fornecimento do consentimento. Tenho na minha posse uma cópia da brochura sobre direitos parentais relativos à intervenção precoce (EI) no estado do Ohio. Compreendo que tenho opções de resolução de litígios se tiver uma queixa relativa à EI:

- Identificar a elegibilidade do seu filho para EI através da realização de uma avaliação do desenvolvimento
- Identificar os pontos fortes e as necessidades do seu filho através de uma avaliação do desenvolvimento

_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)	Assinatura do(s) progenitor(es)	Data

### Renúncia de notificação (opcional)

Compreendo e concordo em renunciar ao meu direito de receber um aviso por escrito 10 dias antes da atividade proposta.

_____	_____
Iniciais do(s) progenitor(es)	Data

<b>Tipo de IFSP e data</b>	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Anual	Número do EIDS
	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Periódico		

**Secção 1: Informação da Criança e da Família**

Primeiro nome da criança	Último nome	Alcunha	Data de nascimento
Línguas faladas com a criança	É necessário um intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Raça e etnia da criança	Distrito escolar do progenitor residencial
Nome do progenitor	Morada	Vive com a criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Relação com a criança se não for o progenitor biológico ou adotivo		Telefone; Telemóvel (C - Cell); Casa (H - Home); Trabalho (T)	
Endereço de e-mail	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Telefonema <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> SMS	Horário de contacto preferido	
Nome do progenitor	Morada	Vive com a criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Relação com a criança se não for o progenitor biológico ou adotivo		Telefone; Telemóvel (C - Cell); Casa (H - Home); Trabalho (T)	
Endereço de e-mail	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Telefonema <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> SMS	Horário de contacto preferido	

**Secção 2: Informação do Coordenador de Serviços**

O seu coordenador de serviços de Intervenção Precoce (EI) serve como ponto de contacto único para a realização das atividades que se seguem durante a sua participação na EI. Tal inclui

- explicar e garantir os seus direitos relativos à EI,
- coordenar a elegibilidade inicial e contínua do seu filho,
- coordenar as reuniões do Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP) dentro dos prazos requeridos, incluindo as reuniões solicitadas por si,
- ajudar a equipa do IFSP a desenvolver objetivos que sejam funcionais e reflitam as suas preocupações e prioridades,
- ajudar na identificação, obtenção, financiamento e monitorização dos serviços de EI necessários,
- ajudar na localização e ligação a outros apoios e recursos dos quais necessite e queira obter,
- e facilitar o desenvolvimento de um plano de transição antes dos três anos de idade.

Nome do coordenador de serviço	Telefone	E-mail
Nome da agência	Nome do supervisor e informações de contacto	

Receção atempada dos serviços (TRS) prevista até:	Revisão periódica semestral prevista até:	Entrevista de planeamento da transição (TPC) a realizar após 90 dias de calendário e 9 meses antes do 3º aniversário da criança
---	---	---

## Secção 3: Elegibilidade e Análise

### Secção 3A. Elegibilidade

#### Elegibilidade Inicial

O seu filho é elegível para o programa Ohio Early Intervention devido a:

- Atraso de desenvolvimento constatado pela equipa de avaliação da EI, a \_\_\_\_\_ (data). Ver secção 3B para o resumo dos critérios de elegibilidade.
- Diagnóstico de condição física ou mental com elevada probabilidade de resultar num atraso de desenvolvimento.

Condição diagnosticada

Data em que o coordenador do serviço de EI confirmou a condição diagnosticada

#### Elegibilidade Anual

O seu filho é:

- Elegível até aos três anos de idade. A redeterminação da elegibilidade não é aplicável.
- Elegível para a redeterminação deste ano devido a:
  - Atraso de desenvolvimento constatado pela equipa de avaliação da EI, a \_\_\_\_\_ (data). Ver secção 3B para o resumo dos critérios de elegibilidade.
  - Condição diagnosticada

Data em que o coordenador do serviço de EI confirmou o estado diagnosticado

## Secção 3B. Resumo da Avaliação

Abaixo encontra-se um resumo do nível de evolução atual do seu filho em todos os domínios de desenvolvimento. A equipa de avaliação explica o que foi descoberto sobre o desenvolvimento do seu filho através do processo de avaliação.

**I. Administração de ferramentas:** Nesta secção, a equipa de avaliação documenta que ferramenta foi utilizada, a(s) data(s) de administração e os resultados (especificando se um eventual atraso é baseado em pontuações ou numa opinião clínica) em todos os domínios de desenvolvimento (adaptativo, físico [coordenação motora global e fina, visão, audição], comunicativo, social, emocional e cognitivo). A localização dos testes e as notas de adaptação à ferramenta ou ao ambiente (equipamento adaptado, intérprete, linguagem gestual) estão incluídas.

**II. Análise do historial seu filho:** Este é um resumo de tudo o que a equipa de avaliação aprendeu através da entrevista aos pais e da análise dos registos de saúde (tais como registos médicos, visuais, auditivos, nutritivos, genéticos e de clínica especializada) e de educação (tais como os primeiros passos e os prestadores de cuidados infantis).

**III. Observação pessoal do seu filho:** Este é um resumo de tudo o que a equipa de avaliação aprendeu ao observar o seu filho durante a avaliação. Inclui o tipo de atividades em que o seu filho participou, as pessoas com quem o seu filho interagiu e a reação do seu filho a situações e pessoas novas e familiares, incluindo a equipa de avaliação.

**IV. Informação de outras fontes conforme necessário para obter uma compreensão do desenvolvimento único do seu filho:** Qualquer outro tipo de informação que tenha partilhado mas que não tenha sido documentada noutro local pode ser incluída aqui.

**Secção 3C. Resumo da Análise Dirigida à Família (FDA)**

Esta secção resume as informações fornecidas à equipa de análise sobre as prioridades, as preocupações e os recursos da sua família.

---

Data de conclusão	Nome da(s) ferramenta(s) de avaliação utilizada(s) para realizar a FDA	Nome da pessoa que realizou a FDA
-------------------	--	-----------------------------------

**Recursos da família:** As pessoas mais importantes e frequentes na vida do nosso filho e o papel que desempenham na nossa família:

Agências, organizações, serviços e atividades que são mais importantes para a vida da nossa família neste momento:

**Rotinas da família:** A nossa família gosta de participar nas seguintes rotinas e atividades:

**Preocupações da família:** As preocupações, dificuldades ou desafios que a nossa família experiencia durante as rotinas e atividades diárias e que a equipa de EI pode abordar:

**Prioridades da família:** São os recursos de que a criança e a família necessitam, incluindo apoio familiar, atividades, programas e organizações:

Neste momento, gostaríamos que a equipa de EI nos ajudasse mais com:

**Secção 3D: Outras informações** que a nossa equipa deva saber:

### Secção 3E. Resumo da Avaliação

Para que as crianças sejam participantes ativos e bem sucedidos em casa e nas suas comunidades, precisam de desenvolver competências em três áreas funcionais: (1) desenvolver competências socioemocionais positivas; (2) adquirir e utilizar conhecimentos e competências; e (3) adotar medidas adequadas para satisfazer as suas necessidades. A sua equipa utiliza as informações sobre os níveis atuais de desenvolvimento do seu filho, as preocupações, os recursos e as prioridades da sua família e as suas rotinas diárias para compreender as necessidades individuais do seu filho em comparação com os seus colegas da mesma idade. Estas informações ajudam a obter resultados significativos para o seu filho e para a sua família.

Resumo de como a nossa criança interage e brinca com a família, outros adultos e outras crianças. Isto inclui competências, tais como (1) comunicar e interagir com a família, amigos, prestadores de cuidados e outros, (2) mostrar os seus sentimentos, (3) jogar jogos sociais, tais como escondidinhas ou jogos de turnos, utilizando palavras, sons, sinais ou gestos, (4) acalmar-se quando está perturbado (5) e mostrar compreensão das regras sociais, tais como partilhar e falar na sua vez.

Pontos fortes da criança

Necessidades da criança

**Declaração Recapitulativa dos Resultados da Criança (COS):** Em comparação com crianças da mesma idade, o nosso filho

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tem todas as competências que poderíamos esperar de uma criança da sua idade neste domínio.   | <input type="checkbox"/> ainda não está a utilizar as competências esperadas para a sua idade. Ele(a) utiliza muitas competências fundamentais importantes e imediatas que podem ser desenvolvidas neste domínio.                       |
| <input type="checkbox"/> tem as competências esperadas para a sua idade neste domínio; subsistem, no entanto, preocupações.  | <input type="checkbox"/> está a mostrar algumas competências fundamentais emergentes ou imediatas que o(a) ajudarão a adquirir competências adequadas à idade neste domínio.  |
| <input type="checkbox"/> demonstra competências esperadas para a sua idade, mas continua a mostrar algum comportamento que pode ser descrito como o de uma criança ligeiramente mais nova neste domínio.       | <input type="checkbox"/> podem ser descritas como as de uma criança muito mais nova. Apresenta competências precoces, mas ainda não mostra competências fundamentais imediatas ou competências esperadas para a sua idade neste domínio |
| <input type="checkbox"/> apresenta ocasionalmente algumas competências esperadas para a sua idade, mas a maior parte das suas competências ainda não correspondem às esperadas para a sua idade neste domínio. |   |

**Para o IFSP anual e à saída.** O nosso filho demonstrou algumas competências ou comportamentos novos relacionados com o *desenvolvimento de competências socioemocionais positivas* desde a última avaliação recapitulativa dos seus resultados?

Sim

Não



Resumo de como o nosso filho aprende coisas novas e utiliza linguagem básica, comunicação e capacidades de resolução de problemas. Tal inclui (1) copiar outras ações, (2) resolver problemas, (3) usar gestos, palavras ou sinais, (4) comunicar as necessidades e desejos, (5) compreender as instruções (6) e comunicar os seus próprios pensamentos e ideias.

Pontos fortes da criança

Necessidades da criança

**Declaração Recapitulativa dos Resultados da Criança (COS):** Em comparação com crianças da mesma idade, o nosso filho

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tem todas as competências que poderíamos esperar de uma criança da sua idade neste domínio.   | <input type="checkbox"/> ainda não está a utilizar as competências esperadas para a sua idade. Ele(a) utiliza muitas competências fundamentais importantes e imediatas que podem ser desenvolvidas neste domínio.                       |
| <input type="checkbox"/> tem as competências esperadas para a sua idade neste domínio; subsistem, no entanto, preocupações.  | <input type="checkbox"/> está a mostrar algumas competências fundamentais emergentes ou imediatas que o(a) ajudarão a adquirir competências adequadas à idade neste domínio.  |
| <input type="checkbox"/> mostra ter muitas competências esperadas para a sua idade, mas continua a mostrar algum comportamento que pode ser descrito como o de uma criança ligeiramente mais nova neste domínio. | <input type="checkbox"/> podem ser descritas como as de uma criança muito mais nova. Apresenta competências precoces, mas ainda não mostra competências fundamentais imediatas ou competências esperadas para a sua idade neste domínio |
| <input type="checkbox"/> apresenta ocasionalmente algumas competências esperadas para a sua idade, mas a maioria das suas competências ainda não correspondem às da sua idade neste domínio.                     |   |

**Para o IFSP anual e à saída.** O nosso filho demonstrou algumas competências ou comportamentos novos relacionados com a *aquisição e utilização de conhecimentos e competências* desde a última avaliação recapitulativa dos seus resultados?

Sim

Não

Resumo de como a nossa criança começa a cuidar das suas próprias necessidades, tais como mover-se de um sítio para o outro, comer de forma independente e satisfazer as necessidades básicas. Tal inclui (1) avisar-me quando tem fome, (2) avisar alguém quando precisa de ajuda, (3) arranjar maneira de obter algo que está fora do seu alcance e (4) a quantidade de ajuda necessária para se vestir, comer, usar a sanita e comunicar.

Pontos fortes da criança

Necessidades da criança

**Declaração Recapitulativa dos Resultados da Criança (COS):** Em comparação com crianças da mesma idade, o nosso filho

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tem todas as competências que poderíamos esperar de uma criança da sua idade neste domínio.   | <input type="checkbox"/> ainda não está a utilizar as competências esperadas para a sua idade. Ele(a) utiliza muitas competências fundamentais importantes e imediatas que podem ser desenvolvidas neste domínio.                       |
| <input type="checkbox"/> tem as competências esperadas para a sua idade neste domínio; subsistem, no entanto, preocupações.  | <input type="checkbox"/> está a mostrar algumas competências fundamentais emergentes ou imediatas que o(a) ajudarão a adquirir competências adequadas à idade neste domínio.  |
| <input type="checkbox"/> demonstra competências esperadas para a sua idade, mas continua a mostrar algum comportamento que pode ser descrito como o de uma criança ligeiramente mais nova neste domínio.       | <input type="checkbox"/> podem ser descritas como as de uma criança muito mais nova. Apresenta competências precoces, mas ainda não mostra competências fundamentais imediatas ou competências esperadas para a sua idade neste domínio |
| <input type="checkbox"/> apresenta ocasionalmente algumas competências esperadas para a sua idade, mas a maior parte das suas competências ainda não correspondem às esperadas para a sua idade neste domínio. |   |

Sim

Não

**Para o IFSP anual e à saída.** O nosso filho demonstrou competências ou comportamentos novos relacionados com a *adoção de medidas adequadas para responder às necessidades* desde a última avaliação recapitulativa dos seus resultados?

### Membros da Equipa de Avaliação e Análise Multidisciplinar

Nome impresso

Disciplina

Informação de contacto

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Secção 4: Resultados da nossa criança e da família

Esta secção identifica os resultados para a criança ou para a família em função dos objetivos, bem como os passos a dar para alcançar o seu resultado. Os resultados são baseados em informações que a equipa aprendeu com a análise da criança e da família. Os resultados do IFSP devem ser comunicados em termos simples e facilmente compreensíveis por todos e num estilo que corresponda claramente às prioridades mencionadas durante a avaliação dirigida à família (caso tenha sido realizada).

Número de resultados	O resultado desta criança aborda	<input type="checkbox"/> O desenvolvimento de relações sociais positivas	<input type="checkbox"/> A aquisição e utilização de competências e conhecimentos novos	<input type="checkbox"/> A adoção de medidas para	<input type="checkbox"/> Os resultados refletem a participação da família, o bem-estar familiar ou informações	<input type="checkbox"/> Os resultados refletem a transição
----------------------	----------------------------------	--	---	---	--	---

Tendo em conta tudo o que partilhou sobre a vida quotidiana da sua família, o que gostaria de ver acontecer nas atividades da sua família como resultado dos apoios e serviços de EI. Como saberemos que o objetivo foi cumprido?

O que sucede atualmente?

Estratégias: Que passos e atividades, incluindo quem e quando, é que nos ajudarão a alcançar o objetivo do IFSP?

Apoios atualmente disponíveis para nos ajudar a alcançar este objetivo (formais e naturais, incluindo serviços não fornecidos pela EI).

**Revisão dos resultados: o IFSP deve ser revisto pelo menos de seis em seis meses, mas essa revisão pode ocorrer mais cedo. Pode solicitar uma revisão do IFSP em qualquer altura.**

### Resultado da revisão

<input type="checkbox"/> Resultado alcançado	<input type="checkbox"/> Foram feitos progressos; manter o resultado, estratégias e serviços atuais	<input type="checkbox"/> Manter o resultado e rever estratégias e/ou serviços	<input type="checkbox"/> Rever o resultado, estratégias e serviços	<input type="checkbox"/> Já não constitui uma prioridade para os pais
--	---	---	--	---

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Data(s)

\_\_\_\_\_

Data(s)

\_\_\_\_\_

Data(s)

\_\_\_\_\_

Data(s)

**Novas preocupações ou acontecimentos que afetam este resultado**

**Progresso feito no sentido de alcançar este resultado**

**Serviços de Intervenção Precoce: com base nas informações disponíveis, a equipa do IFSP identificou que os serviços de Intervenção Precoce seguintes suportam os nossos resultados.**

Tipo de serviço EI	Método	Localização	Frequência	Duração da sessão	Agência prestadora de serviços	Fonte de financiamento	Data de início prevista	Data de fim prevista	Número de resultados

Método:

Direto (D); Conjunto (C) • Presencial: (P); Tecnologia (T)

Localização:

Casa (H - Home); Comunidade (C); Outra (O)

Por cada serviço de EI que não seja fornecido no ambiente natural da criança, será fornecida uma explicação da razão pela qual o(s) resultado(s) não pode(m) ser alcançado(s) num ambiente natural.

Enumere as medidas a tomar por parte do coordenador do serviço e da família, incluindo a data prevista, para mudar o serviço para um ambiente natural.

Enumere todos os serviços de EI necessários, mas que ainda não tenham sido coordenados.

Passos a dar por parte do coordenador de serviços para coordenar o(s) serviço(s) de EI necessário(s).

Receção atempada dos serviços (TRS)  
prevista até

## Secção 5: Consentimento para Serviços de EI

Fui informado na íntegra e compreendo toda a informação relacionada com a prestação dos serviços de Intervenção Precoce descritos neste IFSP. Tenho uma cópia da brochura Ohio Early Intervention Parent Rights e compreendo os meus direitos relativos ao fornecimento do consentimento. Compreendo que tenho opções de resolução de litígios se tiver uma queixa relativa à Intervenção Precoce. Recebi um aviso prévio por escrito sobre os serviços de Intervenção Precoce propostos e concordo com a prestação dos serviços de Intervenção Precoce descritos neste IFSP.

---

 Assinatura do Progenitor

---

 Nome do progenitor

---

 Data

---

 Assinatura do Progenitor

---

 Nome do progenitor

---

 Data

Reconhecemos que os resultados refletem as prioridades e preocupações da família e os serviços de EI apoiam tais resultados. Concordamos em executar o plano de forma a apoiar a capacidade da família para ajudar a criança a participar e aprender com as suas atividades diárias sempre que possível.

Assinatura	Nome, função e agência	Método de participação	Data
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Método de participação: Presencial (P); Tecnologia (T); Escrita (E)

# Formulário EI-5

Data atual

Nome da criança

Data de nascimento  
da criança

Nome do(s) progenitor(es)

Número do EIDS

## Consentimento para a utilização do seguro em serviços de intervenção precoce

### Utilização de seguros privados

O meu coordenador de serviços explicou-me a regra do "sistema de pagamentos" e os potenciais custos nos quais posso incorrer ao utilizar o meu seguro privado para pagar os serviços de intervenção precoce, tais como copagamentos, franquias, abonos ou os custos a longo prazo, tais como a perda de benefícios devido a limites máximos anuais ou vitalícios da apólice de seguro de saúde. Recebi uma notificação por escrito sobre esses custos potenciais e os meus direitos. Compreendo que ao autorizar a utilização do meu seguro privado, o Estado pagará os copagamentos e as franquias relativos às primeiras 55 unidades dos serviços de intervenção precoce de um ano de IFSP se determinar que tenho capacidade para pagar. O Estado pagará os copagamentos e franquias por todas as unidades de serviços de intervenção precoce se determinar que não tenho capacidade para pagar.

Dou o meu consentimento para que o meu seguro privado seja faturado  Sim  Não  Não tenho seguro privado pelos serviços de Intervenção Precoce (EI)

Número da apólice de seguro principal	Data de início	Data de fim
---------------------------------------	----------------	-------------

Nome da companhia de seguros de saúde	Nome do segurado
---------------------------------------	------------------

Número da apólice de seguro secundária	Data de início	Data de fim
--	----------------	-------------

Nome da companhia de seguros de saúde	Nome do segurado
---------------------------------------	------------------

Assinatura do(s) progenitor(es)

Data

### Utilização de seguros públicos

O meu coordenador de serviços explicou-me a regra de pagamentos do sistema de intervenção precoce. Recebi uma notificação por escrito dos meus direitos e compreendo que não existem custos potenciais relativos à utilização dos meus benefícios Medicaid para os serviços de EI.

Dou o meu consentimento à partilha de informações pessoais do meu filho (informações que permitem identificar o meu filho) com o prestador de serviços de intervenção precoce no âmbito do IFSP e à agência estatal da Medicaid para efeitos de faturação.

Sim  Não  O meu filho não tem seguro Medicaid

Beneficiário do seguro Medicaid/número de faturação

Assinatura do(s) progenitor(es)

Data



Department of  
Developmental Disabilities

Um Empregador e Prestador de Serviços com Igualdade de Oportunidades  
Julho de 2019



# Formulário EI-6

_____	_____	_____	<b>Apenas para uso do coordenador de serviços</b> Data de comunicação por parte de outro pessoal qualificado de EI, caso seja aplicável
Data atual	Nome da criança	Data de nascimento da criança	
_____	_____	_____	
Nome do(s) progenitor(es)		Número do EIDS	

## Consentimento para a divulgação de registos e consentimento para a divulgação e/ou troca de informações

Enquanto progenitor, tem o direito de autorizar ou não a divulgação dos registos de Intervenção Precoce (EI) do seu filho a outras pessoas ou agências que não façam parte do sistema de EI. Será partilhada uma cópia deste formulário com as agências ou pessoas assim que der permissão para a divulgação dos registos. Se não quiser que tais agências ou pessoas tenham conhecimento das suas permissões de divulgação a outras agências, solicite a utilização de vários formulários de divulgação de registos. Enquanto progenitor, tem acesso a qualquer parte do registo de EI do seu filho. Um registo de EI significa todos os registos relativos ao seu filho que sejam obtidos, mantidos ou utilizados ao abrigo da lei federal, Parte C da Individuals with Disabilities Education Act.

### Consentimento para a divulgação de registos

Dou o meu consentimento para a divulgação dos seguintes registos de EI:

- Plano de serviço familiar individualizado (IFSP)       Notas sobre o progresso  
 Resultados da avaliação/análises       Outro (especifique)

Às seguintes agências ou pessoas

Propósito da divulgação de registos

Este consentimento é válido

- Até ao terceiro aniversário do meu filho a  
 Durante um ano. Especifique a data de fim  
 De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

O meu coordenador de serviços ou fornecedor de EI forneceu-me todas as informações relacionadas com a divulgação de registos e explicou os meus direitos parentais, incluindo os relativos ao fornecimento do consentimento. Tenho uma cópia da brochura Ohio Early Intervention (EI) Parent Rights. Compreendo que tenho opções de resolução de litígios se tiver uma queixa relativa à EI. Compreendo e concordo com a divulgação dos registos do meu filho.

Nome do(s) progenitor(es)

Assinatura do(s) progenitor(es)

Data   
Early Intervention



Department of  
Developmental Disabilities

Um Empregador e Prestador de Serviços com Igualdade de Oportunidades  
Julho de 2019

## Consentimento para a divulgação e/ou troca de Informações

Dou o meu consentimento para a divulgação e/ou troca das informações que se seguem de forma verbal, por escrito, ou eletronicamente

Entre o programa de Intervenção Precoce e as seguintes agências ou pessoas

Propósito da divulgação ou da troca de informações

Este consentimento é válido

- Até ao terceiro aniversário do meu filho a
- Durante um ano. Especifique a data de fim
- De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Foram-me integralmente fornecidas todas as informações relacionadas com a divulgação e/ou troca de informações sobre o meu filho ou sobre os registos de Intervenção Precoce do meu filho. Tenho uma cópia da brochura Ohio Early Intervention Parent Rights e compreendo os meus direitos relativos ao fornecimento do consentimento. Compreendo que tenho opções de resolução de litígios se tiver uma queixa relativa à Intervenção Precoce.

---

Nome do(s) progenitor(es)

---

Assinatura do(s) progenitor(es)

---

Data



# Formulário EI-7

_____	_____	_____
Data atual	Nome da criança	Data de nascimento da criança
_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)	Número do EIDS	

## Apenas para uso do coordenador de serviços

A \_\_\_\_\_ (data), foi fornecida uma cópia deste aviso e consentimento ao(s) progenitor(es)

pessoalmente  por correio  por e-mail

## Consentimentos para a transição

**Notificação do School District and Ohio Department of Education (ODE):** o programa Ohio Early Intervention (EI) necessita do seu consentimento para partilhar o nome do seu filho e as suas informações de contacto com o distrito escolar do Ohio responsável pela educação do seu filho e com o ODE. Estas informações ajudam os distritos escolares a planear programas de educação especial pré-escolar para o ano seguinte.

O meu coordenador de serviços forneceu-me todas as informações relacionadas com a partilha do nome e data de nascimento do meu filho e das minhas informações de contacto com o distrito escolar e com o ODE e explicou-me os meus direitos parentais, incluindo os relativos ao fornecimento do consentimento. Tenho uma cópia da brochura Ohio Early Intervention (EI) Parent Rights. Compreendo que tenho opções de resolução de litígios se tiver uma queixa relativa à EI.

- Compreendo e dou o meu consentimento à partilha do nome e da data de nascimento do meu filho bem como das minhas informações de contacto com o distrito escolar e a ODE
- Não dou consentimento à partilha do nome e da data de nascimento do meu filho bem como das minhas informações de contacto com o distrito escolar e a ODE.

_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)	Assinatura do(s) progenitor(es)	Data

**Entrevista de planeamento da transição (TPC):** Se o seu filho for elegível para serviços pré-escolares ao abrigo da parte B da IDEA, o programa Ohio Early Intervention (EI) necessita do seu consentimento para marcar uma entrevista de planeamento da transição com um representante do seu distrito escolar que explicará o processo para determinar a elegibilidade pré-escolar da parte B. Esta entrevista deverá ocorrer após 90 dias de calendário e 9 meses antes do 3º aniversário do seu filho.

Se for determinado que o seu filho não é potencialmente elegível para serviços pré-escolares ao abrigo da parte B da IDEA, o EI pede o seu consentimento para marcar uma entrevista de planeamento da transição com outros prestadores de serviços da comunidade que você e a sua equipa tenham identificado.

O meu coordenador de serviços forneceu-me todas as informações relativas à entrevista de planeamento da transição (TPC) e explicou-me os meus direitos parentais, incluindo os relativos ao fornecimento do consentimento. Tenho uma cópia da brochura Ohio Early Intervention (EI) Parent Rights. Compreendo que tenho opções de resolução de litígios se tiver uma queixa relativa à EI.

- Compreendo e dou o meu consentimento para agendar uma TPC
- Não dou o meu consentimento para agendar uma TPC.

_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)	Assinatura do(s) progenitor(es)	Data



Department of  
Developmental Disabilities

Um Empregador e Prestador de Serviços com Igualdade de Oportunidades  
Julho de 2019



# Formulário EI-8

_____	_____	_____
Data atual	Nome da criança	Data de nascimento da criança
_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)	Número do EIDS	

**Apenas para uso do coordenador de serviços**

A \_\_\_\_\_ (data), foi fornecida uma cópia deste aviso e consentimento ao(s) progenitor(es)

pessoalmente  por correio  por e-mail

## Consentimento para encaminhar a criança para a agência educativa local e para o Ohio Department of Education (ODE)

O seu filho foi recentemente encaminhado para o programa Ohio Early Intervention (EI). Como o EI é um programa para crianças com atrasos de desenvolvimento e deficiências desde o nascimento até aos três anos de idade, o seu filho está demasiado próximo dos três anos de idade para que o EI consiga determinar a sua elegibilidade. No entanto, se suspeitar que o seu filho tem um atraso de desenvolvimento ou uma deficiência, este pode ser elegível para os serviços de educação especial pré-escolar ao abrigo da Parte B da Individuals with Disabilities Education Act.

Pode contactar pessoalmente o seu distrito escolar para fazer um encaminhamento.

Se desejar que o EI contacte o seu distrito escolar para fazer um encaminhamento, deverá fornecer o seu consentimento. Com o seu consentimento, daremos os seus dados de contacto e o nome e data de nascimento do seu filho aos serviços do distrito escolar, responsável pela educação do seu filho, e ao ODE.

Fui informado na íntegra e compreendo que as minhas informações de contacto e o nome do meu filho serão partilhados com o meu distrito escolar local e com o ODE. Recebi uma cópia da brochura Ohio Early Intervention Parent Rights com este formulário. Compreendo que tenho opções de resolução de litígios se tiver uma queixa relativa à Intervenção Precoce. Dou o meu consentimento para que a EI forneça o nome e a data de nascimento do meu filho e as minhas informações de contacto ao meu distrito escolar e ao ODE.

_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)	Assinatura do(s) progenitor(es)	Data

# Formulário EI-9

_____	_____	_____
Data atual	Nome da criança	Data de nascimento da criança
_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)	Número do EIDS	

## Apenas para uso do coordenador de serviços

A \_\_\_\_\_ (data), foi fornecida uma cópia deste aviso e consentimento ao(s) progenitor(es)

pessoalmente  por correio  por e-mail

## Aviso prévio por escrito da determinação de inelegibilidade

### Resumo da avaliação

O seu filho foi avaliado em todos os domínios de desenvolvimento, usando mais do que um método e por mais do que uma disciplina. Com base nas pontuações e em opiniões clínicas, a equipa de avaliação determinou que o seu filho não mostra qualquer atraso. O seu filho está atualmente a demonstrar capacidades e comportamentos semelhantes aos de crianças da mesma idade, não sendo elegível para uma Intervenção Precoce. A equipa resumiu abaixo o nível atual de desempenho do seu filho em todos os domínios de desenvolvimento. Explicam o que concluíram sobre o desenvolvimento do seu filho através de observações pessoais da criança, de testes (incluindo teste(s) ao(s) qual(ais) foi submetido), da revisão do historial do seu filho e de outras informações por si fornecidas.

**I. Administração de ferramentas:** Nesta secção, a equipa de avaliação documenta que ferramenta foi utilizada, a(s) data(s) de administração e os resultados em todos os domínios de desenvolvimento (adaptativo, físico [coordenação motora global e fina, visão, audição], comunicativo, social, emocional e cognitivo). A localização dos testes e as notas de adaptação à ferramenta ou ao ambiente (equipamento adaptado, intérprete, linguagem gestual) estão incluídas.

**II. Análise do historial do seu filho:** Este é um resumo de tudo o que a equipa de avaliação aprendeu através da entrevista aos pais e da análise dos registos de saúde (tais como registos médicos, visuais, auditivos, nutritivos, genéticos e de clínica especializada) e de educação (tais como os primeiros passos e os prestadores de cuidados infantis).



Department of  
Developmental Disabilities

Um Empregador e Prestador de Serviços com Igualdade de Oportunidades  
Julho de 2019



**III. Observação pessoal do seu filho:** Este é um resumo de tudo o que a equipa de avaliação aprendeu ao observar o seu filho durante a avaliação. Inclui o tipo de atividades em que o seu filho participou, as pessoas com quem o seu filho interagiu e a reação do seu filho a situações e pessoas novas e familiares, incluindo a equipa de avaliação.

**IV. Informação de outras fontes conforme necessário para obter uma compreensão do desenvolvimento único do seu filho:** Qualquer outro tipo de informação que tenha partilhado mas que não tenha sido documentada noutro local pode ser incluída aqui.

---

### Membros da Equipa de Avaliação e Análise Multidisciplinar

Nome impresso	Disciplina	Informação de contacto
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

---

Ideias e sugestões para promover o desenvolvimento do seu filho

Apoios e recursos comunitários que possam ser do seu interesse

---

Enquanto progenitor, tem à sua disposição opções de resolução de litígios. Encontra-se anexada uma cópia da sua brochura Early Intervention (EI) Parent Rights. Contacte o seu coordenador de serviços de EI se tiver quaisquer perguntas sobre estes resultados. Poderá também contactar o coordenador de serviços se tiver novas preocupações sobre o desenvolvimento do seu filho antes dos três anos de idade.

---

Nome do coordenador de serviços

---

Informação de contacto do coordenador de serviços

# Formulário EI-10

_____	_____	_____
Data atual	Nome da criança	Data de nascimento da criança
_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)	Número do EIDS	

## Apenas para uso do coordenador de serviços

A \_\_\_\_\_ (data), foi fornecida uma cópia deste aviso e consentimento ao(s) progenitor(es)

pessoalmente  por correio  por e-mail

## Aviso prévio por escrito de finalização

O programa Ohio Early Intervention (EI) propõe o fim dos serviços de EI para si e para o seu filho. O Ohio EI vai manter uma cópia do registo do seu filho até ao nono aniversário do mesmo. Tem o direito de rever ou de solicitar o registo do seu filho. O programa Ohio Early Intervention vai propor a retirada do seu filho do sistema de EI 10 dias após a data deste aviso, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- O seu filho foi avaliado e não se encontrou qualquer motivo para suspeitar de um atraso ou incapacidade no desenvolvimento do mesmo. Poderá solicitar uma avaliação em qualquer altura contactando o seu coordenador de serviços de EI
- Não forneceu consentimento para a avaliação ou análise do seu filho.
- O seu filho não cumpre os requisitos de elegibilidade para os serviços de EI.
- O pedido de uma nova determinação da elegibilidade não foi efetuado.
- A avaliação anual necessária para a criança não foi efetuada.
- Determinou que a sua família não necessita dos objetivos do Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP) neste momento
- Os resultados esperados do IFSP do seu filho foram cumpridos e a equipa de IFSP concordou que não é necessário obter resultados de IFSP adicionais.
- Terminou a sua participação no sistema de EI.
- Não nos foi possível contactá-lo. Contacte o seu coordenador de serviços de EI no prazo de dez dias após a receção deste aviso.
- O seu filho já não vive no Estado do Ohio.
- O seu filho fez a transição para os serviços da Parte B com um plano de ensino individual (IEP) antes dos três anos de idade.

Comentários:

Enquanto progenitor, tem à sua disposição opções de resolução de litígios. Encontra-se anexada uma cópia da brochura EI Parent Rights. Se considerar que a razão para a retirada do seu filho não tem fundamento ou é imprecisa, entre em contacto comigo.

Nome do coordenador de serviços de EI

Informação de contacto do coordenador de serviços de EI

***Pode solicitar um novo encaminhamento a qualquer momento antes do seu filho completar os três anos de idade, entrando em contacto com a Central Intake através do número 1-800-755-4769 ou na página [www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org).***



Department of  
Developmental Disabilities

Um Empregador e Prestador de Serviços com Igualdade de Oportunidades  
Julho de 2019



# Formulário EI-11

Data atual

Nome da criança

Data de nascimento  
da criança

Nome do(s) progenitor(es)

Número do EIDS

## Aviso prévio por escrito da proposta de alteração dos serviços

Quando um prestador de serviços do programa Ohio Early Intervention (EI) recomenda ou propõe começar (iniciar) ou alterar os serviços de EI que vão ser prestados à família e à criança, deve ser feito um aviso prévio por escrito pelo menos dez dias antes do início ou da alteração desse serviço de EI.

O programa Ohio Early Intervention propõe  começar  mudar um ou mais serviços de EI para o seu filho e a sua família.

Detalhes sobre a alteração proposta

Motivo da alteração proposta

Data proposta para a alteração (10 dias a partir da data atual)

Queira contactar-me o mais rapidamente possível se tiver alguma dúvida em relação a esta ação.

Nome do prestador de serviços de EI

Informação de contacto do prestador de serviços de EI

Enquanto progenitor, tem à sua disposição opções de resolução de litígios. Encontra-se anexada uma cópia da sua brochura Ohio Early Intervention Parent Rights. Se tiver alguma dúvida, contacte o seu coordenador de serviços de EI em:

Nome do prestador de serviços de EI

Informação de contacto do prestador de serviços de EI

### Renúncia de notificação (opcional)

Compreendo e concordo em renunciar ao meu direito de receber um aviso por escrito 10 dias antes da atividade proposta.

\_\_\_\_\_  
Iniciais do(s)  
progenitor(es)

\_\_\_\_\_  
Data

A \_\_\_\_\_ (data) Clique ou toque aqui para introduzir o texto.  
(nome/função) enviou uma cópia do presente aviso e o formulário de consentimento ao(s) progenitor(es)

pessoalmente  por correio  por e-mail

*Se este formulário for preenchido por uma pessoa que não o coordenador de serviços de EI, o prestador do serviço de EI deve enviar uma cópia ao coordenador de serviços de EI no prazo de cinco dias a contar do envio do aviso aos progenitores.*



Department of  
Developmental Disabilities

Um Empregador e Prestador de Serviços com Igualdade de Oportunidades  
Julho de 2019



# Formulário EI-12

## Documentação da condição diagnosticada

Caro profissional médico — Ao abrigo dos requisitos estaduais e federais de elegibilidade de acordo com a Parte C da Individuals with Disabilities Education Act (IDEA), a maioria dos diagnósticos médicos não resultam em elegibilidade automática para Intervenção Precoce (EI). No entanto, um profissional licenciado para diagnosticar e tratar condições mentais ou físicas pode determinar que uma condição diagnosticada para uma criança em particular é suscetível de resultar num atraso do desenvolvimento. A elegibilidade para EI pode ser estabelecida para essa criança durante um ano. A equipa de EI realizará, então, uma avaliação abrangente para determinar as necessidades da criança no programa. **Para determinar a elegibilidade para EI com este formulário, é necessário preencher todos os campos.**

Nome da criança	Data de nascimento da criança	Nome do(s) progenitor(es)
Indique o diagnóstico específico da criança na caixa. <b>Não</b> inclua "atraso generalizado", "atraso de desenvolvimento" ou preocupações quanto ao desenvolvimento, tais como "preocupações quanto à fala".		

### Selecione uma das seguintes caixas

Suspeito que a condição médica desta criança resultará provavelmente num atraso de desenvolvimento em pelo menos uma das seguintes áreas de desenvolvimento (marque todas as opções aplicáveis)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comunicação        | <input type="checkbox"/> Social/emocional                          |
| <input type="checkbox"/> Coordenação motora | <input type="checkbox"/> Adaptação/cuidados pessoais/independência |
| <input type="checkbox"/> Visão              | <input type="checkbox"/> Cognitivo/resolução de problemas          |
| <input type="checkbox"/> Audição            | <input type="checkbox"/> Outro (especifique)                       |

**Não** tenho razões para crer que a condição médica desta criança possa resultar num atraso de desenvolvimento. Contudo, compreendo que o pai e a criança têm o direito de efetuar uma avaliação do desenvolvimento para determinar a elegibilidade.

### Profissional licenciado para diagnosticar e tratar condições mentais ou físicas

Nome	Tipo de licença	Telefone
Assinatura	E-mail	Data

### Devolva este formulário ao coordenador do serviço de Intervenção Precoce da criança

Nome do coordenador de serviços	Número de fax	E-mail
---------------------------------	---------------	--------

**Apenas para uso do coordenador de serviços**

Data de receção do formulário

Número do EIDS



Department of  
Developmental Disabilities

Um Empregador e Prestador de Serviços com Igualdade de Oportunidades  
Julho de 2019



# Formulário EI-13

_____	_____	_____
Data atual	Nome da criança	Data de nascimento da criança
_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)	Número do EIDS	

## Apenas para uso do coordenador de serviços

A \_\_\_\_\_ (data), foi fornecida uma cópia deste aviso e consentimento ao(s) progenitor(es)  
 pessoalmente  por correio  por e-mail  
Os avisos foram enviados a outros em (data).

## Aviso de reunião do Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP)

Chegou a hora de fazer uma reunião para

- Desenvolver um IFSP provisório até conseguirmos completar a avaliação e agendar o IFSP "inicial".
- Rever a informação de elegibilidade e análise e desenvolver o primeiro IFSP ("inicial").
- Realizar uma revisão periódica do IFSP para determinar até que ponto se está a progredir no sentido de alcançar os objetivos identificados no IFSP e analisar se é necessário modificar ou rever esses resultados ou os serviços de Intervenção Precoce identificados no IFSP.
- Rever as informações sobre a elegibilidade e a avaliação e desenvolver o IFSP anual.
- Esta reunião do IFSP vai incluir a entrevista de planeamento da transição.

Concordámos em agendar a reunião do IFSP para

_____	_____	_____
Data	Hora	Localização

Solicitou que os indivíduos seguintes sejam convidados a participar na reunião do IFSP. Ser-lhes-á enviada uma cópia deste aviso.

_____	_____
Nome, função ou relação	Nome, função ou relação
_____	_____
Nome, função ou relação	Nome, função ou relação

Além disso, os prestadores de serviços de Intervenção Precoce seguintes foram convidados para a reunião do IFSP. Ser-lhes-á enviada uma cópia deste aviso.

_____	_____
Nome, função ou agência	Nome, função ou agência
_____	_____
Nome, função ou agência	Nome, função ou agência

Se tiver alguma dúvida ou quiser introduzir alguma alteração nesta reunião, entre em contacto comigo, o seu coordenado de serviços EI:

_____	_____
Nome do coordenador de serviços	Informação de contacto do coordenador de serviços



Department of  
Developmental Disabilities

Um Empregador e Prestador de Serviços com Igualdade de Oportunidades  
Julho de 2019





# Formulário EI-14

## Acompanhamento profissional do encaminhamento

**Apenas para uso do coordenador de serviços:** Data de receção do encaminhamento pela agência local do coordenador de serviços de EI

Apenas com o consentimento dos progenitores é possível fornecer uma cópia deste formulário ao profissional que encaminhou a criança para os serviços de Intervenção Precoce (EI).

_____	_____	_____
Data atual	Nome da criança encaminhada	Data de nascimento da criança
_____	_____	_____
Nome do profissional que encaminhou a criança	Nome da agência	Informação de contacto profissional ou da agência

O meu coordenador de serviços forneceu-me todas as informações relativas à partilha do estado do encaminhamento do meu filho para Intervenção Precoce (EI) e explicou-me os meus direitos parentais, incluindo os relativos ao fornecimento do consentimento. Tenho uma cópia da brochura Ohio Early Intervention (EI) Parent Rights. Compreendo que tenho opções de resolução de litígios se tiver uma queixa relativa à EI. Compreendo e dou o meu consentimento para a partilha de informações sobre o estatuto do encaminhamento do meu filho para o profissional que fez o encaminhamento.

_____	_____	_____
Nome do(s) progenitor(es)	Assinatura do(s) progenitor(es)	Data

- O progenitor não deu o seu consentimento para partilhar informações sobre o estado do encaminhamento da criança. Queira contactar a família para obter mais informações.
- As tentativas repetidas para comunicar com o progenitor não foram bem sucedidas. Se as informações de contacto do progenitor tiverem sido atualizadas, informe-nos.

### O progenitor foi contactado e ocorreu o seguinte:

- O progenitor recusou os serviços de Intervenção Precoce
- Não elegível para o programa Ohio Early Intervention
- Em processo de determinação de elegibilidade
- A equipa de Intervenção Precoce, progenitor incluído, determinou que neste momento não eram necessários quaisquer serviços de Intervenção Precoce
- Elegível para o programa Ohio Early Intervention

***A Ohio Early Intervention agradece o seu encaminhamento! Pode voltar a encaminhar a qualquer altura contactando a Central Intake através do número 1-800-755-4769 ou através da página [www.ohioearlyintervention.org](http://www.ohioearlyintervention.org).***



Department of  
Developmental Disabilities

Um Empregador e Prestador de Serviços com Igualdade de Oportunidades  
Julho de 2019







# Formulário EI-17

\_\_\_\_\_  
Data atual

\_\_\_\_\_  
Nome da criança

\_\_\_\_\_  
Data de nascimento da  
criança

\_\_\_\_\_  
Nome do(s) progenitor(es)

\_\_\_\_\_  
Número do EIDS

## Folha de despesas médicas extraordinárias

Rendimento dos progenitores  semanal (52)  quinzenal (26)  mensal (12)  bimensal (24) tamanho da família: \_\_\_\_\_

Data(s) do(s) recibo(s) de pagamento \_\_\_\_\_

Montante(s) bruto(s) \_\_\_\_\_

Rendimento dos progenitores  semanal (52)  quinzenal (26)  mensal (12)  bimensal (24) tamanho da família: \_\_\_\_\_

Data(s) do(s) recibo(s) de pagamento \_\_\_\_\_

Montante(s) bruto(s) \_\_\_\_\_

Rendimento anual total \_\_\_\_\_

*Os cálculos para o rendimento familiar a 210-401% ou mais do Nível de Pobreza Federal (FPL) estão disponíveis em <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>.*

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_  
Rendimento anual EME Despesas médicas a cargo da família

Calculei as despesas médicas previstas a pagar por conta própria com base no nível de pobreza federal mais recente, conforme determinado pelo US Department of Health and Human Services e publicado no registo Federal e partilhei esta informação com o progenitor. O DODD utilizará esta informação para fazer a determinação final das despesas médicas extraordinárias da família.

\_\_\_\_\_  
Nome do coordenador de serviços de EI

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do coordenador de serviços de EI



Department of  
Developmental Disabilities

Um Empregador e Prestador de Serviços com Igualdade de Oportunidades  
Julho de 2019





