

Форма EI-1

xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx
Сегодняшняя дата	Имя ребенка	Дата рождения ребенка
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		xxxxxxxxxx
Имя (имена) родителя(-ей)		Номер EIDS

Только для использования координатором услуг
xx/xx/xxxx (дата) родителю(-ям) была предоставлена копия этого уведомления и формы согласия

лично по почте по электронной почте

Предварительное письменное уведомление и форма согласия на проведение скрининга развития

Скрининг развития используется для определения того, имеются ли причины подозревать задержку развития у вашего ребенка. Такой скрининг включает сбор информации от вас, родителя, а также другого(-их) лица(лиц) на ваш выбор путем наблюдения за ребенком, а также используя инструмент для скрининга, охватывающий все сферы развития. Вы можете запросить проведение оценки развития в любое время независимо от результатов данного скрининга. Вам должно быть предоставлено письменное уведомление по меньшей мере за 10 календарных дней до проведения скрининга.

Мой координатор услуг предоставил мне всю информацию, связанную со скринингом развития, и объяснил мои права как родителя, включая право на предоставление согласия. У меня имеется копия брошюры «Права родителей в отношении Ohio Early Intervention (EI)». Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спора в случае жалобы в отношении EI. Я понимаю сущность скрининга развития и выражаю согласие на его проведение для моего ребенка.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xx/xx/xxxx
Имя (имена) родителя(-ей)	Подпись родителя(-ей)	Дата

Отказ от обязательных сроков (необязательно)

Я понимаю предоставленную информацию и выражаю согласие на отказ от своего права на получение письменного уведомления за 10 календарных дней до предполагаемой даты процедуры.

xxxxxxxxxxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Инициалы родителя(-ей)	Дата



Department of
Developmental Disabilities

Организация, предоставляющая равные возможности при трудоустройстве и предоставлении услуг
Июль 2019 г.



Форма EI-2

Только для использования координатором услуг

xx/xx/xxxx (дата) родителю(-ям) была предоставлена копия этого уведомления и формы согласия

лично по почте по электронной почте

xxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxx
Сегодняшняя дата	Имя ребенка	Дата рождения ребенка
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		
Имя (имена) родителя(-ей)		Номер EIDS

Предварительное письменное уведомление и форма согласия на проведение оценки и анализа развития

В ходе такой оценки может быть определено право на раннее вмешательство (EI). Оценка развития проводится командой по раннему вмешательству (одним или несколькими специалистами) для определения того, соответствует ли ваш ребенок его критериям. Анализ, который, как правило, проводится вместе с оценкой, служит для понимания того, как ваш ребенок участвует в повседневной деятельности и занятиях вашей семьи. Оценка и анализ включают:

- проверку соответствующих записей, включая медицинскую документацию, которую вы согласитесь нам предоставить;
- наблюдение за вашим ребенком;
- получение информации от вас о развитии вашего ребенка; и
- использование инструмента(-ов) для оценки и анализа, которые предоставляют информацию о развитии вашего ребенка в отношении коммуникации, адаптации/самообслуживания, социального/эмоционального развития, когнитивных/мыслительных способностей/способности к решению проблем, моторики/двигательных способностей, зрения и слуха.

Эта информация, а также предоставленная вами информация о ресурсах, приоритетах и трудностях вашей семьи позволяет разработать Individualized Family Service Plan (Индивидуальный план поддержки семьи) и определить, какие услуги по раннему вмешательству необходимы для оказания помощи вам и вашему ребенку. Письменное уведомление должно быть предоставлено вам по меньшей мере за 10 календарных дней до проведения оценки и анализа.

Мы предлагаем (отметьте все подходящие варианты):

- определить соответствие вашего ребенка критериям программы раннего вмешательства путем проведения оценки развития;
- определить сильные стороны и потребности вашего ребенка с помощью анализа развития.

Мой координатор услуг предоставил мне всю информацию, связанную с оценкой и/или анализом, объяснил мои права как родителя, включая право на предоставление согласия. У меня имеется копия брошюры «Права родителей в отношении Ohio Early Intervention (EI)». Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спора в случае жалобы в отношении EI.

Я выражаю согласие на оценку; анализ развития своего ребенка (если применимо, отметьте оба варианта).

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

xx/xx/xxxx

Имя (имена) родителя(-ей)

Подпись родителя(-ей)

Дата

Отказ от обязательных сроков (необязательно)

Я понимаю предоставленную информацию и выражаю согласие на отказ от своего права на получение письменного уведомления за 10 календарных дней до предполагаемой даты процедуры.

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xx/xx/xxxx

Инициалы родителя(-ей)

Дата

Форма EI-3

xxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxx
Сегодняшняя дата	Имя ребенка	Дата рождения ребенка
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		
Имя (имена) родителя(-ей)		Номер EIDS

Только для использования координатором услуг

xx/xx/xxxx (дата) родителю(-ям) была предоставлена копия этого уведомления и формы согласия

лично по почте по электронной почте

Дата предложения FDA xx/xx/xxxx

Предварительное письменное уведомление и форма согласия на проведение оценки, ориентированной на семью

Раннее вмешательство (EI) заключается в предоставлении поддержки и ресурсов, необходимых членам семьи и воспитателям для улучшения процесса развития ребенка и его участия в повседневной жизни. Вы как родитель знаете своего ребенка лучше, чем кто-либо другой. Вы знаете, как проходит каждый его/ее день, что доставляет ей/ему радость, а также в чем заключаются конкретные проблемы, с которыми сталкиваетесь вы и ваша семья.

Оценка, ориентированная на семью, позволит вам более подробно рассказать команде по раннему вмешательству о своих сложностях и приоритетах, связанных с включением вашего ребенка во все типы повседневной деятельности, а также предоставит вам потенциальные ресурсы, которые вам в этом могут помочь. Оценка, ориентированная на семью, является добровольной, и в нее будут включены только те члены семьи, которые выразят желание в ней участвовать.

Вы можете предоставить столько информации о жизни вашей семьи, сколько сами пожелаете. Письменное уведомление должно быть предоставлено вам по меньшей мере за 10 календарных дней до проведения оценки, ориентированной на семью.

Мой координатор услуг предоставил мне всю информацию, связанную с оценкой, ориентированной на семью, объяснил мои права как родителя, включая право на предоставление согласия. У меня имеется копия брошюры «Права родителей в отношении Ohio Early Intervention (EI)». Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спора в случае жалобы в отношении EI.

определить соответствие вашего ребенка критериям программы раннего вмешательства путем проведения оценки развития;

определить сильные стороны и потребности вашего ребенка с помощью анализа развития.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

xx/xx/xxxx

Имя (имена) родителя(-ей)

Подпись родителя(-ей)

Дата

Отказ от обязательных сроков (необязательно)

Я понимаю предоставленную информацию и выражаю согласие на отказ от своего права на получение письменного уведомления за 10 календарных дней до предполагаемой даты процедуры.

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xx/xx/xxxx

Инициалы родителя(-ей)

Дата



Department of
Developmental Disabilities

Организация, предоставляющая равные возможности при трудоустройстве и предоставлении услуг
Июль 2019 г.



Форма EI-04 Индивидуальный план поддержки семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP)

Тип и дата IFSP	<input type="checkbox"/> начальный	<input type="checkbox"/> периодический	<input type="checkbox"/> ежегодный	Номер EIDS Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
	<input type="checkbox"/> периодический	<input type="checkbox"/> периодический		

Раздел 1. Информация о ребенке и семье

Имя ребенка Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Фамилия Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Уменьшительное имя Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Дата рождения xx/xx/xxxx
На каких языках вы разговариваете с ребенком Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Требуется переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Расовая и этническая принадлежность ребенка Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Школьный округ родителя, с которым проживает ребенок Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Имя родителя Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Адрес Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Ребенок живет с ним/ней? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Отношение к ребенку, если он/она не является биологическим или приемным родителем Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Тел.: Мобильный: Домашний: Рабочий: Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	
Эл. почта Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Предпочтительный способ связи <input type="checkbox"/> Звонок <input type="checkbox"/> Эл. почта <input type="checkbox"/> Текстовое сообщение	Предпочтительное время связи Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	
Имя родителя Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Адрес Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Ребенок живет с ним/ней? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Отношение к ребенку, если он/она не является биологическим или приемным родителем Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Тел.: Мобильный: Домашний: Рабочий: Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	
Эл. почта Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Предпочтительный способ связи <input type="checkbox"/> Звонок <input type="checkbox"/> Эл. почта <input type="checkbox"/> Текстовое сообщение	Предпочтительное время связи Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	

Раздел 2. Информация о координаторе услуг

Ваш координатор услуг по раннему вмешательству (EI) выступает в роли единого контактного лица для ведения следующей деятельности во время вашего участия в программе EI. Она включает:

- разъяснение и обеспечение ваших прав в связи с программой раннего вмешательства;
- координацию первичного и дальнейшего соответствия вашего ребенка критериям программы раннего вмешательства;
- координацию посещений в ходе реализации Individualized Family Service Plan (IFSP) (Индивидуального плана поддержки семьи) в рамках требуемого графика, включая встречи, запрошенные вами;
- помощь команде IFSP в достижении таких результатов, которые будут считаться функциональными и будут отображать ваши опасения и приоритеты;
- помощь вам в определении, получении, финансировании и мониторинге необходимых услуг по раннему вмешательству;
- помощь вам в определении других источников поддержки и ресурсов, которые вам могут потребоваться или которые вы хотели бы получить, а также обеспечение контакта с ними;
- а также помощь в разработке переходного плана до достижения трехлетнего возраста.

Имя и фамилия координатора услуг Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Тел. Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Эл. почта Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Название агентства Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Имя, фамилия и контактная информация лица, ответственного за наблюдение Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Своевременное получение услуг предусмотрено до: xx/xx/xxxx	Периодическая проверка (каждые шесть месяцев) предусмотрена до: xx/xx/xxxx	Transition outcome and planning conference (TPC) (Конференция по обсуждению переходного результата и планированию) предусмотрена не ранее чем за 90 календарных дней и не более чем за 9 месяцев до 3 ⁻¹⁰ дня рождения ребенка xx/xx/xxxx
--	--	--

Имя ребенка [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Номер EIDS [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Раздел 3. Право на участие и оценка

Раздел 3А. Право на участие

Первичное право на участие

Ваш ребенок имеет право на участие в программе Ohio Early Intervention (EI) в связи с:

- Задержкой развития, определенной командой по раннему вмешательству, [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#) (дата). См. раздел 3В для получения сводной информации относительно права на участие.
- Диагностированным физическим или психическим состоянием, которое предполагает высокую вероятность дальнейшей задержки развития.

Диагностированное состояние [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Дата, на которую координатор услуг по раннему вмешательству подтвердил диагностированное состояние [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Ежегодное право на участие

Ваш ребенок:

- имеет право на участие до достижения трехлетнего возраста, и повторная перепроверка соответствия требованиям не применяется.
- получил право на участие при перепроверке соответствия требованиям в этом году в связи с:
 - Задержкой развития, определенной командой по раннему вмешательству, [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#) (дата). См. раздел 3В для получения сводной информации относительно права на участие.
 - Диагностированное состояние [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Дата, на которую координатор услуг по раннему вмешательству подтвердил диагностированное состояние

Имя ребенка [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Номер EIDS [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Раздел 3В. Сводная информация относительно оценки

Ниже представлена сводная информация относительно текущего уровня функционирования вашего ребенка во всех сферах его/ее развития. Команда, осуществляющая оценку, объяснит, какие данные о развитии вашего ребенка были получены в процессе оценки.

- I. Использование инструмента.** В данном разделе команда, осуществляющая оценку, документально зафиксирует, какой инструмент был использован, дата(-ы) его применения, а также результаты (включая информацию о том, была ли задержка определена на основе бальной оценки или клинического мнения) во всех сферах развития (адаптивность, физическое развитие [крупная и мелкая моторика, зрение, слух], коммуникация, социальное, эмоциональное развитие и когнитивные способности). Также тут будет указано местоположение тестирования и заметки о каких-либо модификациях инструмента или окружающих условий (адаптивное оборудование, устный переводчик, язык жестов).

- II. Обзор истории вашего ребенка.** Это обзор данных, полученных командой, осуществляющей оценку, на основании опросов родителей и изучения состояния здоровья (например, медицинских данных, зрения, слуха, питания, генетических особенностей и специализированных клинических данных), а также данных, полученных от образовательных организаций (например, по раннему развитию и уходу за детьми).

- III. Личные наблюдения относительно вашего ребенка.** Это сводная информация о том, какие данные были получены командой, осуществляющей оценку, в результате наблюдения за вашим ребенком во время проведения такой оценки. Она включает тип деятельности, в которой участвовал ваш ребенок, с кем он/она взаимодействовал(-а), а также его/ее реакция на новые и знакомые ситуации и людей, включая команду, осуществляющую оценку.

- IV. Информация, полученная из других источников и необходимая для понимания уникальных особенностей развития вашего ребенка.** Сюда может быть включен любой другой тип информации, которой вы поделились, но которая не была где-либо задокументирована.

Имя ребенка [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Номер EIDS [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Раздел 3С. Сводные данные оценки, ориентированной на семью (FDA)

Этот раздел резюмирует информацию, сообщенную вами команде, осуществляющей оценку, в отношении приоритетов, проблем и ресурсов, имеющихся у вашей семьи.

xx/xx/xxxx

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Дата завершения

Наименование инструмента(-ов), используемого(-ых) для проведения FDA

Имя лица, проводившего FDA

Семейные ресурсы. Лица, которые являются наиболее важными в жизни ребенка и присутствуют в ней регулярно, а также их роль в нашей семье:

агентства, организации, службы и деятельность, являющиеся наиболее важными для жизни нашей семьи в настоящий момент:

Повседневная жизнь семьи. В нашей семье заведены такие порядки и мы любим принимать участие в следующей деятельности:

Трудности семьи. Трудности, сложности или проблемы, с которыми наша семья сталкивается в повседневной жизни и деятельности, и в которых может помочь поддержка, оказываемая в ходе раннего вмешательства:

Приоритеты семьи. Это ресурсы, необходимые нашему ребенку и семье, включая поддержку семей, деятельность, программы и организации:

В настоящий момент мы хотели бы, чтобы команда раннего вмешательства прежде всего помогла нам в следующем:

Раздел 3D. Прочая информация. Мы хотели бы, чтобы ваша команда знала:

Имя ребенка [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Номер EIDS [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Раздел 3Е. Обзорная информация относительно оценки

Для того чтобы дети стали активными и успешными участниками жизни семьи и своих сообществ, они должны выработать навыки в трех функциональных сферах: (1) развитие положительных социально-эмоциональных навыков; (2) приобретение и использование знаний и навыков; а также (3) принятие необходимых мер для достижения их потребностей. Наша команда использует информацию о текущем уровне развития вашего ребенка, трудностях вашей семьи, ее ресурсах и приоритетах, а также о повседневной жизни вашей семьи для понимания индивидуальных потребностей вашего ребенка по отношению к его/ее сверстникам. Эта информация поможет добиться оптимальных результатов для вашего ребенка и семьи.

Развитие положительных социально-эмоциональных навыков

Обзор того, как ваш ребенок взаимодействует и играет с семьей, другими взрослыми и другими детьми. Это включает такие навыки, как (1) общение и взаимодействие с семьей, друзьями, воспитателями и другими лицами; (2) демонстрацию собственных чувств; (3) игра в социальные игры, например прятки или игры, в которых дети принимают участие по-очереди, с использованием слов, звуков или жестов; (4) способность ребенка успокоиться, когда он/она расстроен(-а); (5) а также демонстрация понимания социальных правил, например, когда следует делиться с другими или играть по очереди.

Сильные стороны ребенка

Потребности ребенка

Заявление о результатах, полученных в отношении ребенка (COS). По сравнению с другими детьми того же возраста ваш ребенок

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> обладает всеми навыками, которые мы ожидаем от ребенка его/ее возраста в рамках этого результата. | <input type="checkbox"/> пока еще не использует навыки, ожидаемые от ребенка его/ее возраста. Однако он/она использует многие и первоочередные базовые навыки, которые должны усовершенствоваться, в рамках данного результата. |
| <input type="checkbox"/> имеет навыки, соответствующие возрасту, в рамках данного результата, однако имеются некоторые опасения. | <input type="checkbox"/> демонстрирует некоторые новоприобретенные или текущие базовые навыки, которые помогут ему/ей для выработки необходимых для его/ее возраста навыков в рамках данного результата. |
| <input type="checkbox"/> демонстрирует многие ожидаемые в этом возрасте навыки, но продолжает демонстрировать некоторые элементы поведения, которые характерны для младшего возраста в рамках данного результата. | <input type="checkbox"/> его/ее навыки могут быть описаны, как свойственные ребенку значительно младшего возраста. Он/она демонстрирует ранние навыки, однако не первоочередные базовые навыки или ожидаемые для его/ее возраста навыки в рамках данного результата. |
| <input type="checkbox"/> демонстрирует эпизодическое использование навыков, ожидаемых для данного возраста, однако большинство его/ее навыков все еще не соответствуют возрасту в рамках данного результата. | |

Для ежегодного IFSP и на выходе. Продемонстрировал ли ваш ребенок какие-либо новые навыки или модели поведения, связанные с развитием положительных социально-эмоциональных навыков, с момента последней оценки результатов вашего ребенка?

Да

Нет

Имя ребенка [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Номер EIDS [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Приобретение и использование знаний и навыков

Обзор того, как ваш ребенок изучает новое и использует базовые знания языка, навыки общения и решения проблем. Это включает (1) копирование действий других; (2) решение проблем; (3) использование жестов, слов или знаков; (4) сообщение о потребностях и желаниях; (5) понимание указаний; (6) а также сообщение о собственных мыслях и идеях.

Сильные стороны ребенка

Потребности ребенка

Заявление о результатах, полученных в отношении ребенка (COS). По сравнению с другими детьми того же возраста ваш ребенок

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> обладает всеми навыками, которые мы ожидаем от ребенка его/ее возраста в рамках этого результата. | <input type="checkbox"/> пока еще не использует навыки, ожидаемые от ребенка его/ее возраста. Однако он/она использует многие важные и первоочередные базовые навыки, которые должны усовершенствоваться, в рамках данного результата. |
| <input type="checkbox"/> имеет навыки, соответствующие возрасту, в рамках данного результата, однако имеются некоторые опасения. | <input type="checkbox"/> демонстрирует некоторые новоприобретенные или текущие базовые навыки, которые помогут ему/ей для выработки необходимых для его/ее возраста навыков в рамках данного результата. |
| <input type="checkbox"/> демонстрирует многие ожидаемые в этом возрасте навыки, но продолжает демонстрировать некоторые элементы поведения, которые характерны для младшего возраста в рамках данного результата. | <input type="checkbox"/> его/ее навыки могут быть описаны, как свойственные ребенку значительно младшего возраста. Он/она демонстрирует ранние навыки, однако не первоочередные базовые навыки или ожидаемые для его/ее возраста навыки в рамках данного результата |
| <input type="checkbox"/> демонстрирует эпизодическое использование навыков, ожидаемых для данного возраста, однако большинство его/ее навыков все еще не соответствуют возрасту в рамках данного результата. | |

Для ежегодного IFSP и на выходе. Продemonстрировал ли ваш ребенок какие-либо новые навыки или модели поведения, связанные с *приобретением знаний и навыков*, с момента последней оценки результатов вашего ребенка?

Да

Нет

Имя ребенка [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Номер EIDS [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Использование необходимых действий для удовлетворения потребностей

Обзор того, как ваш ребенок начинает заботиться о собственных потребностях, например перемещаться, принимать пищу без помощи других, а также удовлетворять свои базовые потребности. Это включает следующее: ребенок (1) сообщает мне, когда голоден(-на); (2) сообщает другим, когда ему/ей требуется помощь; (3) прилагает усилия для того, чтобы достать что-то вне пределов его/ее досягаемости; а также (4) насколько много помощи требуется нашему ребенку, чтобы одеться, сходить в туалет и для общения.

Сильные стороны ребенка

Потребности ребенка

Заявление о результатах, полученных в отношении ребенка (COS). По сравнению с другими детьми того же возраста ваш ребенок

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> обладает всеми навыками, которые мы ожидаем от ребенка его/ее возраста в рамках этого результата. | <input type="checkbox"/> пока еще не использует навыки, ожидаемые от ребенка его/ее возраста. Однако он/она использует многие важные и первоочередные базовые навыки, которые должны усовершенствоваться, в рамках данного результата. |
| <input type="checkbox"/> имеет навыки, соответствующие возрасту, в рамках данного результата, однако имеются некоторые опасения. | <input type="checkbox"/> демонстрирует некоторые новоприобретенные или текущие базовые навыки, которые помогут ему/ей для выработки необходимых для его/ее возраста навыков в рамках данного результата. |
| <input type="checkbox"/> демонстрирует многие ожидаемые в этом возрасте навыки, но продолжает демонстрировать некоторые элементы поведения, которые характерны для младшего возраста в рамках данного результата. | <input type="checkbox"/> его/ее навыки могут быть описаны, как свойственные ребенку значительно младшего возраста. Он/она демонстрирует ранние навыки, однако не первоочередные базовые навыки или ожидаемые для его/ее возраста навыки в рамках данного результата |
| <input type="checkbox"/> демонстрирует эпизодическое использование навыков, ожидаемых для данного возраста, однако большинство его/ее навыков все еще не соответствуют возрасту в рамках данного результата. | |

Для ежегодного IFSP и на выходе. Продemonстрировал ли наш ребенок какие-либо новые навыки или модели поведения, связанные с использованием надлежащих действий для удовлетворения своих потребностей, с момента последней оценки результатов ребенка?

Да

Нет

Члены междисциплинарной команды по оценке и анализу

Имя и фамилия печатными буквами

Специализация

Контактная информация

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Имя ребенка Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Номер EIDS Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Раздел 4. Результаты в отношении нашего ребенка и семьи

Данный раздел описывает результаты, полученные в отношении ребенка или семьи, основываясь на том, каких целей вы желаете добиться, а также какие шаги необходимы для достижения вашего результата. Этот результат основывается на информации, полученной нашей командой в ходе оценки(-ок) вашего ребенка и семьи. Каждый результат IFSP должен быть записан на доступном языке и таким образом, чтобы в нем были четко определены ваши приоритеты во время оценки, ориентированной на семью (если она проводилась).

Номер результата xx	Данный результат ребенка касается xx	<input type="checkbox"/> Развитие положительных социально- эмоциональных навыков	<input type="checkbox"/> Приобретение и использование новых навыков и знаний	<input type="checkbox"/> Принятие мер для	<input type="checkbox"/> Результат касается участия семьи, ее благополучия или информации	<input type="checkbox"/> Результат касается перехода
------------------------	---	--	---	---	--	--

Основываясь на том, что вы сообщили о своей повседневной семейной жизни, что бы вы хотели привнести в деятельность вашей семьи с помощью поддержки и услуг, оказываемых в рамках программы раннего вмешательства. Как мы узнаем, когда эти цели будут достигнуты?

Что происходит в данный момент?

Стратегии: какие шаги и деятельность, включая кто и когда должен их осуществлять, помогут нам добиться результата IFSP?

Виды поддержки, которыми мы в настоящий момент располагаем, и которые помогут нам добиться этого результата (официальные и естественные, включая услуги, не предоставляемые в рамках раннего вмешательства).

Пересмотр данного результата: пересмотр данного IFSP должен проводиться по меньшей мере каждые шесть месяцев, однако может осуществляться и ранее. Вы можете в любое время запросить пересмотр IFSP.

Результат пересмотра

<input type="checkbox"/> Результат достигнут	<input type="checkbox"/> Наблюдается прогресс. Следует продолжить с текущим результатом, стратегиями и услугами	<input type="checkbox"/> Продолжить с результатом и пересмотреть стратегии и/или услуги	<input type="checkbox"/> Пересмотреть результат, стратегии и услуги	<input type="checkbox"/> Более не является приоритетом родителей
--	--	---	---	--

xx/xx/xxxx

xx/xx/xxxx

xx/xx/xxxx

xx/xx/xxxx

xx/xx/xxxx

Дата

Дата(-ы)

Дата(-ы)

Дата(-ы)

Дата(-ы)

Новые трудности или события, влияющие на данный результат.

Прогресс, достигнутый в отношении достижения данного результата

Имя ребенка [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Номер EIDS [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Услуги по раннему вмешательству: используя всю доступную информацию, команда IFSP определила следующие услуги по раннему вмешательству, которые должны помочь в достижении нашего результата.

Тип раннего вмешательства	Способ	Место	Частота	Длительность сеанса	Агентство-поставщик	Источник финансирования	Планируемая дата начала	Планируемая дата окончания	Номер(-а) результата

Способ: Непосредственный (D); Совместный (J) • Персональный: (P); Технологический (T);

Местоположение: Дом (H); Сообщество (C); Другое (O)

Для каждой услуги по раннему вмешательству, которая не будет предоставляться в естественном окружении нашего ребенка, будет предоставлено объяснение причин, по которым желаемые результаты не могут быть достигнуты в естественном окружении.

Список шагов, включая планируемую дату, которые координатор услуг и семья должны предпринять для перевода услуги в естественное окружение.

Список каких-либо услуг по раннему вмешательству, которые необходимы, однако еще не координируются.

Шаги, которые предпримет координатор услуг для координирования требуемой(-ых) услуг(-и) по раннему вмешательству.

Своевременное предоставление услуг (TRS) до
[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Имя ребенка [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Номер EIDS [Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Раздел 5. Согласие на услуги по раннему вмешательству

Я был(-а) подробно проинформирован(-а) и понимаю всю информацию, связанную с предоставлением услуг по раннему вмешательству, описанных в данном IFSP. Я получил(-а) копию брошюры «Права родителей в отношении Ohio Early Intervention» и понимаю свои права в отношении предоставления данного согласия. Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спора в случае жалобы в отношении раннего вмешательства. Я получил(-а) предварительное письменное уведомление о предлагаемых услугах по раннему вмешательству и выражаю согласие на предоставление этих услуг по раннему вмешательству, описанных в данном IFSP.

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Подпись родителя

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Имя родителя

[xx/xx/xxxx](#)

Дата

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Подпись родителя

[Кликните или нажмите сюда для ввода текста.](#)

Имя родителя

[xx/xx/xxxx](#)

Дата

Мы подтверждаем, что данный результат отображает приоритеты и трудности семьи, а услуги по раннему вмешательству окажут помощь в достижении этих результатов. Мы соглашаемся выполнять план таким образом, который поможет семье в привлечении их ребенка к участию в жизни семьи, а также по возможности позволит учиться, основываясь на повседневной деятельности членов семьи.

Подпись	Имя, должность, агентство	Способ участия	Дата
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xxxxxxxxxx	xx/xx/xxxx

Способ участия: Личный (P); Технологический (T); Письменный (W)

Форма EI-5

xx/xx/xxxx

Сегодняшняя дата

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя ребенка

xx/xx/xxxx

Дата рождения ребенка

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя (имена) родителя(-ей)

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Номер EIDS

Согласие на использование страхования для услуг по раннему вмешательству

Использование частного страхования

Мой координатор услуг объяснил правила «системы платежей» и любые потенциальные расходы, которые могут возникнуть, если я буду использовать свое частное страхование для оплаты услуг по раннему вмешательству, например в том, что касается сострахования, франшиз, премий или долгосрочных расходов (например, потерю льгот из-за лимитов покрытия ежегодного или пожизненного страхования здоровья в страховом полисе). Я получил(-а) письменное уведомление об этих потенциальных расходах и своих правах. Я понимаю, что если я выражу согласие на использование своего частного страхования, государство оплатит сострахование и франшизы за первые 55 единиц услуг по раннему вмешательству в год IFSP, если я буду определен(-а) как платежеспособный(-ая). Государство оплатит сострахование и франшизы за все единицы услуг по раннему вмешательству, если я буду определен(-а) как неплатежеспособный(-ая).

Я выражаю согласие на оплату услуг по раннему вмешательству (EI) с использованием моего частного страхования Да Нет У меня нет частного страхования

Номер основного полиса страхования

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Дата начала

xx/xx/xxxx

Дата окончания

xx/xx/xxxx

Название медицинской страховой компании

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя застрахованного лица

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Номер полиса вторичного страхования

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Дата начала

xx/xx/xxxx

Дата окончания

xx/xx/xxxx

Название медицинской страховой компании

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя застрахованного лица

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Подпись родителя(-ей)

xx/xx/xxxx

Дата

Использование государственного страхования

Мой координатор услуг объяснил правило системы оплаты услуг по раннему вмешательству. Я получил(-а) письменное уведомление о своих правах и понимаю, что при использовании моих льгот Medicaid отсутствуют потенциальные расходы в связи с услугами по раннему вмешательству.

Я выражаю свое согласие на предоставление данных моего ребенка, позволяющих идентифицировать личность (информации, используемой для идентификации моего ребенка), поставщику услуг по раннему вмешательству в ходе IFSP и государственной организации Medicaid в целях выставления счетов.

Да Нет У моего ребенка нет страхования Medicaid

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Номер получателя Medicaid

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Подпись родителя(-ей)

xx/xx/xxxx

Дата



Department of
Developmental Disabilities

Организация, предоставляющая равные возможности при трудоустройстве и предоставлении услуг
Июль 2019 г.



Форма EI-6

xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx
Сегодняшняя дата	Имя ребенка	Дата рождения ребенка
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		
Имя (имена) родителя(-ей)		Номер EIDS

Только для использования координатором услуг

Дата получения от другого специалиста по раннему вмешательству, если применимо xx/xx/xxxx

Согласие на передачу записей и согласие на передачу и/или обмен информацией

Как родитель вы имеете право предоставить или не предоставить разрешение на передачу записей о раннем вмешательстве (EI) в отношении вашего ребенка другим лицам или органам, не входящим в систему EI. Если вы предоставите согласие на передачу записей, копия этой формы будет предоставлена другим органам или лицам. Если вы не желаете, чтобы такие органы или лица знали о том, что вы предоставили разрешение другим органам, запросите использование нескольких форм для передачи записей. У вас как родителя имеется доступ к любой части записей о раннем вмешательстве в отношении вашего ребенка. Записи о раннем вмешательстве — это все записи, касающиеся вашего ребенка, которые были получены, хранятся или используются в соответствии с федеральным законодательством, а именно в соответствии с Частью С Закона об образовании лиц с инвалидностью.

Согласие на передачу записей

Я выражаю согласие на передачу следующих записей о раннем вмешательстве

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Individualized Family Service Plan (IFSP) (Индивидуальный план поддержки семьи) | <input type="checkbox"/> Записи о наблюдаемом прогрессе |
| <input type="checkbox"/> Результаты оценки/анализа | <input type="checkbox"/> Другое (укажите) Кликните или нажмите сюда для ввода текста. |

Следующим органам или лицам

Цель передачи записей

Данное согласие будет действительно

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> До наступления третьего дня рождения моего ребенка Кликните или нажмите сюда для ввода текста. |
| <input type="checkbox"/> На протяжении одного года. Укажите дату окончания Кликните или нажмите сюда для ввода текста. |
| <input type="checkbox"/> С xx/xx/xxxx по xx/xx/xxxx |

Мой координатор услуг или поставщик услуг по раннему вмешательству сообщил мне всю информацию, связанную с передачей записей, и объяснил мои права как родителя, включая право на предоставление согласия. У меня имеется копия брошюры «Права родителей в отношении Ohio Early Intervention (EI)». Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спора в случае жалобы в отношении EI. Я понимаю и выражаю согласие на передачу записей моего ребенка.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xx/xx/xxxx
Имя (имена) родителя(-ей)	Подпись родителя(-ей)	Дата

Согласие на передачу и/или обмен информацией

Я выражаю согласие на передачу и/или обмен следующей информацией в устной, письменной или электронной форме

Между органами по раннему вмешательству и следующими организациями или лицами

Цель передачи или обмена информацией

Данное согласие будет действительно

- До наступления третьего дня рождения моего ребенка Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
- На протяжении одного года. Укажите дату окончания Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
- С xx/xx/xxxx по xx/xx/xxxx

Я был(-а) полностью проинформирован(-а) обо всем, что связано с передачей и/или обменом информацией о моем ребенке или записями о раннем вмешательстве в отношении моего ребенка. Я получил(-а) копию брошюры «Права родителей в отношении Ohio Early Intervention» и понимаю свои права в отношении предоставления данного согласия. Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спора в случае жалобы в отношении раннего вмешательства.

Кликните или нажмите сюда для
ввода текста.

Имя (имена) родителя(-ей)

Кликните или нажмите сюда для
ввода текста.

Подпись родителя(-ей)

xx/xx/xxxx

Дата

Форма EI-7

xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx
Сегодняшняя дата	Имя ребенка	Дата рождения ребенка
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		
Имя (имена) родителя(-ей)		Номер EIDS

Только для использования координатором услуг
xx/xx/xxxx (дата) родителю(-ям) была предоставлена копия этого уведомления и формы согласия

лично по почте по электронной почте

Согласие на перевод

Уведомление от школьного округа и Департамента образования штата Огайо (Ohio Department of Education, ODE): программа Ohio Early Intervention (EI) обращается за вашим согласием на передачу имени вашего ребенка и вашей контактной информации школьному округу штата Огайо, ответственному за образование вашего ребенка, а также в ODE. Эта информация поможет школьным округам в планировании специальных образовательных программ для детей дошкольного возраста на следующий год.

Мой координатор услуг предоставил мне всю информацию, касающуюся передачи имени и даты рождения моего ребенка, а также моей контактной информации в школьный округ и ODE, и, кроме того, объяснил мои права как родителя, включая право на предоставление согласия. У меня имеется копия брошюры «Права родителей в отношении Ohio Early Intervention (EI)». Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спора в случае жалобы в отношении EI.

- Я понимаю эту информацию и выражаю согласие на передачу имени и даты рождения моего ребенка, а также моей контактной информации в школьный округ и ODE
- Я не даю согласие на передачу имени и даты рождения моего ребенка, а также моей контактной информации в школьный округ и ODE

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xx/xx/xxxx
Имя (имена) родителя(-ей)	Подпись родителя(-ей)	Дата

Конференция по планированию перевода (TPC): Если ваш ребенок имеет право на дошкольные услуги в соответствии с частью В IDEA, программа Ohio Early Intervention (EI) обращается за вашим согласием на определение даты конференции по планированию перевода с представителем вашего школьного округа, который объяснит процедуру определения права на участие в соответствии с частью В. Эта конференция должна состояться по меньшей мере за 90 дней, но не ранее чем за 9 месяцев до 3-го дня рождения вашего ребенка.

Если будет определено, что ваш ребенок потенциально не соответствует требованиям на получение дошкольных услуг в соответствии с частью В IDEA, EI обращается за вашим согласием на определение даты конференции по планированию перевода с другими общественными поставщиками услуг, определенных вами и вашей командой.

Мой координатор услуг проинформировал меня обо всем, что связано с конференцией по планированию перевода (TPC), и объяснил мои права как родителя, включая право на предоставление согласия. У меня имеется копия брошюры «Права родителей в отношении Ohio Early Intervention (EI)». Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спора в случае жалобы в отношении EI.

- Я понимаю эту информацию и выражаю согласие на планирование TPC
- Я не согласен(-на) на проведение TPC.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xx/xx/xxxx
Имя (имена) родителя(-ей)	Подпись родителя(-ей)	Дата



Department of
Developmental Disabilities

Организация, предоставляющая равные возможности при трудоустройстве и предоставлении услуг
Июль 2019 г.



Форма EI-8

xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx
Сегодняшняя дата	Имя ребенка	Дата рождения ребенка
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		
Имя (имена) родителя(-ей)		Номер EIDS

Только для использования координатором услуг
xx/xx/xxxx (дата) родителю(-ям) была предоставлена копия этого уведомления и формы согласия

лично по почте по электронной почте

Согласие на направление ребенка в местное учебное учреждение и Департамент образования штата Огайо (Ohio Department of Education, ODE)

Ohio Early Intervention (EI) недавно получила направление для вашего ребенка. EI — это программа для детей с задержками развития и инвалидностью от рождения до трех лет, а ваш ребенок уже в ближайшее время достигнет трехлетнего возраста, поэтому EI не может определить право вашего ребенка на участие в ней. Однако если вы подозреваете, что у вашего ребенка может быть задержка развития или инвалидность, ваш ребенок может иметь право на специальные дошкольные образовательные услуги в соответствии с Частью В Закона об образовании лиц с инвалидностью.

Для получения такого направления вы можете обратиться в свой школьный округ самостоятельно.

Если вы желаете, чтобы EI обратилась в ваш школьный округ для получения такого направления, мы должны получить от вас согласие на это. Получив ваше согласие, мы передадим вашу контактную информацию, а также имя и дату рождения вашего ребенка в ваш школьный округ, ответственный за образование вашего ребенка, и в ODE.

Я полностью проинформирован(-а) и понимаю, что моя контактная информация, а также имя моего ребенка будут переданы в мой местный школьный округ и ODE. Я получил(-а) копию брошюры «Права родителей в отношении Ohio Early Intervention» вместе с этой формой. Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спора в случае жалобы в отношении EI. Я разрешаю EI передать имя и дату рождения моего ребенка, а также мою контактную информацию в мой школьный округ и ODE.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя (имена) родителя(-ей)

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Подпись родителя(-ей)

xx/xx/xxxx

Дата

Форма EI-9

xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx
Сегодняшняя дата	Имя ребенка	Дата рождения ребенка
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		
Имя (имена) родителя(-ей)		Номер EIDS

Только для использования координатором услуг
xx/xx/xxxx (дата) родителю(-ям) была предоставлена копия этого уведомления и формы согласия

лично по почте по электронной почте

Предварительное письменное уведомление об определении несоответствия требованиям

Обзор оценки

Ваш ребенок был оценен во всех сферах развития с использованием более чем одного способа и по более чем одной дисциплине. Команда, осуществляющая оценку, определила, что ваш ребенок не демонстрирует задержки, основываясь на бальной оценке и клиническом мнении. Ваш ребенок в настоящий момент демонстрирует навыки и модели поведения, аналогичные тем, которые наблюдаются у его/ее сверстников, и не соответствует требованиям для раннего вмешательства. Ниже команда резюмирует текущий уровень функционирования вашего ребенка во всех сферах развития. Они объяснят, какие данные о развитии вашего ребенка они получили путем личных наблюдений за вашим ребенком, тестирования (включая то, какой(-ие) тест(-ы) применялся(-ись), ознакомления с историей вашего ребенка и другой предоставленной вами информацией.

- I. Использование инструмента.** В этом разделе команда, осуществляющая оценку, документально зафиксирует, какой инструмент был использован, дата(-ы) его применения, а также результаты во всех сферах развития (адаптивность, физическое развитие [крупная и мелкая моторика, зрение, слух], коммуникация, социальное, эмоциональное развитие и когнитивные способности). Также тут будет указано местоположение тестирования и заметки о каких-либо модификациях инструмента или окружающих условий (адаптивное оборудование, устный переводчик, язык жестов).

- II. Обзор истории вашего ребенка.** Это обзор данных, полученных командой, осуществляющей оценку, на основании опросов родителей и изучения состояния здоровья (например, медицинских данных, зрения, слуха, питания, генетических особенностей и специализированных клинических данных), а также данных, полученных от образовательных организаций (например, по раннему развитию и уходу за детьми).



Department of
Developmental Disabilities

Организация, предоставляющая равные возможности при трудоустройстве и предоставлении услуг
Июль 2019 г.



III. Личные наблюдения относительно вашего ребенка. Это сводная информация о том, какие данные были получены командой, осуществляющей оценку, в результате наблюдения за вашим ребенком во время проведения такой оценки. Она включает тип деятельности, в которой участвовал ваш ребенок, с кем он/она взаимодействовал(-а), а также его/ее реакция на новые и знакомые ситуации и людей, включая команду, осуществляющую оценку.

IV. Информация, полученная из других источников и необходимая для понимания уникальных особенностей развития вашего ребенка. Сюда может быть включен любой другой тип информации, которой вы поделились, но которая не была где-либо задокументирована.

Члены междисциплинарной команды по оценке и анализу

Имя и фамилия печатными буквами	Специализация	Контактная информация
<hr/> Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	<hr/> Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	<hr/> Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
<hr/> Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	<hr/> Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	<hr/> Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
<hr/> Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	<hr/> Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	<hr/> Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Идеи и предложения, которые могут помочь в развитии вашего ребенка

Поддержка и ресурсы со стороны сообщества, которые могли бы вас заинтересовать

Как у родителя у вас есть варианты разрешения спорных вопросов. Копия вашей брошюры «Права родителей в отношении Early Intervention (EI)» прилагается. Если у вас возникнут какие-либо вопросы касательно этих результатов, обратитесь к своему координатора услуг по раннему вмешательству. Вы также можете обратиться к координатору услуг, если у вас возникнут новые опасения по поводу развития вашего ребенка до достижения им трехлетнего возраста.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя координатора услуг

Контактная информация координатора услуг

Форма EI-10

xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx
Сегодняшняя дата	Имя ребенка	Дата рождения ребенка
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		xxxxxxxxxx
Имя (имена) родителя(-ей)		Номер EIDS

Только для использования координатором услуг
xx/xx/xxxx (дата) родителю(-ям) была предоставлена копия этого уведомления и формы согласия

лично по почте по электронной почте

Предварительное письменное уведомление о выходе

Программа Ohio Early Intervention (EI) предлагает прекратить предоставление услуг по раннему вмешательству вам и вашему ребенку. Ohio EI будет хранить копию записей о вашем ребенке до достижения им девятилетнего возраста. У вас есть право ознакомиться с этими записями или запросить их получение. Программа Ohio Early Intervention предлагает вывести вашего ребенка из системы EI не ранее чем через 10 дней после даты этого уведомления в связи со следующей(-ими) причиной(-ами):

- Был проведен скрининг вашего ребенка, и подозрения относительно наличия у него задержки развития или инвалидности отсутствуют. Вы можете в любое время запросить у своего координатора услуг EI проведение оценки
- Результаты IFSP были достигнуты, и команда IFSP вашего ребенка согласилась, что более не требуется устанавливать цели IFSP.
- Вы не предоставили согласие на оценку или анализ вашего ребенка.
- Вы прекратили участие в системе EI.
- Ваш ребенок не соответствует требованиям для получения услуг EI.
- Мы не смогли с вами связаться. Свяжитесь со своим координатором услуг по раннему вмешательству в течение десяти календарных дней после получения данного уведомления.
- Обязательное повторное определение соответствия требованиям не было проведено.
- Ваш ребенок переехал из штата Огайо.
- Требуемая ежегодная проверка вашего ребенка не была проведена.
- Ваш ребенок был переведен на услуги в соответствии с Частью В с индивидуальной программой обучения (IEP) до достижения им трехлетнего возраста.
- Вы решили, что в данный момент вашей семье не требуется установка целей в соответствии с Индивидуальным планом поддержки семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP)

Комментарии:

Как у родителя у вас есть варианты разрешения спорных вопросов. Копия вашей брошюры «Права родителей в отношении EI» прилагается. Если вам кажется, что причина выхода вашего ребенка из программы является неясной или неточной, обратитесь ко мне.

Имя координатора услуг по раннему вмешательству

Контактная информация координатора услуг по раннему вмешательству

Вы можете в любое время до достижения вашим ребенком трехлетнего возраста обратиться за повторным направлением в Центральную приемную по номеру 1-800-755-4769 или посетив www.ohioearlyintervention.org.



Department of
Developmental Disabilities

Организация, предоставляющая равные возможности при трудоустройстве и предоставлении услуг
Июль 2019 г.



Форма EI-11

xx/xx/xxxx

Сегодняшняя дата

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя ребенка

xx/xx/xxxx

Дата рождения ребенка

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя (имена) родителя(-ей)

xxxxxxxxxxxxxx

Номер EIDS

Предварительное письменное уведомление о предлагаемом изменении услуг

Если какой-либо поставщик услуг раннего вмешательства (EI) в штате Огайо рекомендует или предлагает начать (инициировать) или изменить услуги по EI, которые будут предоставлены вашей семье и ребенку, мы должны вручить вам предварительное письменное уведомление по крайней мере за десять календарных дней до начала или изменения этой услуги по EI.

Программа Ohio Early Intervention предлагает

начать

изменить одну или более услуг EI для вашего ребенка и вашей семьи.

Сведения о предлагаемом изменении

Причина предлагаемого изменения

Предлагаемая дата изменения (не ранее 10 дней от сегодняшней даты)

Свяжитесь со мной как можно скорее, если у вас есть какие-либо вопросы по данной теме.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя поставщика услуг по раннему вмешательству

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Контактная информация поставщика услуг по раннему вмешательству

Как у родителя у вас есть варианты разрешения спорных вопросов. Копия вашей брошюры о правах родителей относительно раннего вмешательства в штате Огайо прилагается. Если у вас есть какие-либо вопросы, свяжитесь с вашим координатором услуг по EI по тел.:

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя поставщика услуг по раннему вмешательству

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Контактная информация поставщика услуг по раннему вмешательству

Отказ от обязательных сроков (необязательно)

Я понимаю предоставленную информацию и выражаю согласие на отказ от своего права на получение письменного уведомления за 10 календарных дней до предполагаемой даты процедуры.

xxxxxxxxxxxxxxxx

Инициалы родителя(-ей)

xx/xx/xxxx

Дата

xx/xx/xxxx (дата) Кликните или нажмите сюда для ввода текста. (имя/должность) предоставил(-а) копию этого уведомления, и родителям была предоставлена форма согласия

лично по почте по электронной почте

Если эта форма заполняется лицом, не являющимся координатором услуг по EI, поставщик услуг по EI, должен отправить копию координатору услуг по EI в течение пяти календарных дней с момента уведомления



Department of
Developmental Disabilities

Организация, предоставляющая равные возможности при трудоустройстве и предоставлении услуг
Июль 2019 г.



Форма EI-12

Документация, касающаяся диагностированного состояния

Уважаемый медицинский специалист! В соответствии с государственными и федеральными требованиями к участию в программе в соответствии с Частью С Закона об образовании лиц с инвалидностью (IDEA), большинство медицинских диагнозов не могут считаться автоматическим показанием к раннему вмешательству (EI). Однако специалист, обладающий лицензией на диагностику и лечение психических или физических состояний, может определить, что диагностированное состояние определенного ребенка может привести к задержке развития. Право на участие в программе EI может быть установлено для такого ребенка на период одного года. Затем команда EI проведет комплексную оценку для определения потребностей вашего ребенка в рамках этой программы. **Для определения права на участие в программе EI с использованием этой формы должны быть заполнены все поля.**

Имя ребенка Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Дата рождения ребенка Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Имя (имена) родителя(-ей) Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
--	--	--

Укажите конкретный диагноз ребенка в этом поле. Не включайте такие формулировки, как «общая задержка», «задержка развития» или проблемы с развитием, например «проблемы с речью».	
---	--

Отметьте одно из полей ниже

Я подозреваю, что медицинское состояние этого ребенка, вероятно, приведет к задержке развития по меньшей мере в одной из следующих сфер развития (отметьте все применимые варианты)

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Коммуникация | <input type="checkbox"/> Социальное/эмоциональное развитие |
| <input type="checkbox"/> Моторика | <input type="checkbox"/> Адаптация/уход за собой/независимость |
| <input type="checkbox"/> Зрение | <input type="checkbox"/> Когнитивные способности/решение проблем |
| <input type="checkbox"/> Слух | <input type="checkbox"/> Другое (укажите) <u>Кликните или нажмите сюда для ввода текста.</u> |

У меня **нет** причин считать, что медицинское состояние этого ребенка может привести к задержке развития. Однако я понимаю, что родители и ребенок все равно будут иметь право на оценку развития для определения права на участие в программе.

Специалист, обладающий лицензией на диагностику и лечение психических или физических состояний

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Имя	Тип лицензии	Тел.
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Подпись	Эл. почта	Дата

Верните данную заполненную форму координатору услуг по раннему вмешательству

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Имя координатора услуг	Номер факса	Эл. почта

Только для использования координатором услуг

Дата получения формы Кликните или нажмите сюда для ввода текста. Номер EIDS Кликните или нажмите сюда для ввода текста.



Форма EI-13

xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx
Сегодняшняя дата	Имя ребенка	Дата рождения ребенка
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		
Имя (имена) родителя(-ей)		Номер EIDS

Только для использования координатором услуг
xx/xx/xxxx (дата) родителю(-ям) была предоставлена копия этого уведомления и формы согласия
 лично по почте по электронной почте
Уведомления были отправлены другим лицам
xx/xx/xxxx (дата).

Уведомление о встрече в связи с Индивидуальным планом обслуживания семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP)

В это время должна быть проведена встреча для

- Разработки промежуточного IFSP, который будет в силе, пока мы не завершим оценку и не запланируем «начальный» IFSP.
- Рассмотрения права на участие в программе и оценки информации, а также разработки первого «начального» IFSP .
- Проведения периодического пересмотра IFSP для определения уровня прогресса в достижении целей, указанных в IFSP, а также того, требуется ли изменение или пересмотр целей или услуг по раннему вмешательству, указанных в IFSP.
- Рассмотрения права на участие и оценки информации, а также разработки ежегодного IFSP.
- Эта встреча по IFSP будет включать конференцию по планированию перевода.

Мы соглашаемся назначить встречу по IFSP на

xx/xx/xxxx	xx:xx	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Дата	Время	Место

Вы запросили, чтобы следующие лица были приглашены на встречу по IFSP. Им будет отправлена копия этого уведомления.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Имя, должность, отношение	Имя, должность, отношение
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Имя, должность, отношение	Имя, должность, отношение

Кроме того, на встречу по IFSP были приглашены следующие поставщики услуг по раннему вмешательству. Им будет отправлена копия этого уведомления.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Имя, должность, агентство	Имя, должность, агентство
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Имя, должность, агентство	Имя, должность, агентство

Если у вас возникнут какие-либо вопросы или если вы желаете внести какие-либо изменения в эту встречу, свяжитесь со мной, вашим координатором услуг по раннему вмешательству:

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Имя координатора услуг	Контактная информация координатора услуг



Department of
Developmental Disabilities

Организация, предоставляющая равные возможности при трудоустройстве и предоставлении услуг
Июль 2019 г.



Форма EI-14

Контроль результатов направления к специалисту

Только для использования координатором услуг: дата получения направления местным агентством по услугам EI. Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Только при условии получения согласия от родителя копия этой формы будет предоставлена специалисту, направившему ребенка на программу по раннему вмешательству (EI).

xx/xx/xxxx	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	xx/xx/xxxx
Сегодняшняя дата	Имя направленного ребенка	Дата рождения ребенка
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Имя специалиста, направившего ребенка	Название агентства	Контактная информация специалиста или агентства

Мой координатор услуг предоставил мне всю информацию о передаче другим лицам статуса направления моего ребенка на программу по раннему вмешательству (EI) и объяснил мои права как родителя, включая право на предоставление согласия. У меня имеется копия брошюры «Права родителей в отношении Ohio Early Intervention (EI)». Я понимаю, что у меня есть возможности для разрешения спора в случае жалобы в отношении EI. Я понимаю эту информацию и выражаю согласие на передачу информации о статусе направления моего ребенка специалисту, который выдал это направление.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Имя (имена) родителя(-ей)	Подпись родителя(-ей)	Дата

- Родитель не предоставил согласие на передачу информации о статусе направления ребенка. Обратитесь к семье для получения дополнительной информации.
- Повторные попытки связаться с родителем были безуспешными. Сообщите нам, если у вас имеется обновленная контактная информация родителя.

С родителем удалось связаться, и был получен следующий результат:

- Родитель отказался от услуг по раннему вмешательству
- Ребенок не соответствует требованиям программы Ohio Early Intervention
- В процессе определения права на участие
- Команда по раннему вмешательству, включая родителя, определили, что в настоящее время услуги по раннему вмешательству не требуются
- Ребенок имеет право на участие в программе Ohio Early Intervention

Программа Ohio Early Intervention благодарит вас за направление! Вы можете в любое время обратиться за повторным направлением, связавшись с Центральной приемной по номеру 1-800-755-4769 или посетив веб-сайт www.ohioearlyintervention.org.



Department of
Developmental Disabilities

Организация, предоставляющая равные возможности при трудоустройстве и предоставлении услуг
Июль 2019 г.



Форма EI-15

xx/xx/xxxx

Сегодняшняя дата

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя ребенка

xx/xx/xxxx

Дата рождения ребенка

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя (имена) родителя(-ей)

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Номер EIDS

Определение платежеспособности родителя для оплаты услуг по раннему вмешательству

Документация (требуется указать только один документ)

(A) Карта Ohio Medicaid

(B) Карта Ohio WIC

(C) Доход родителя

Доход родителя

еженедельный (52)

двухнедельный (26)

ежемесячный (12)

два раза в месяц (24)

размер семьи: xx

Дата(-ы) квитанции начисления зарплаты

o Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Валовая(-ые) сумма(-ы)

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Доход родителя

еженедельный (52)

двухнедельный (26)

ежемесячный (12)

два раза в месяц (24)

размер семьи: xx

Дата(-ы) квитанции начисления зарплаты

o Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Общий годовой доход

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Доход семьи меньше или равен сумме, предоставляющей право на участие в программе Healthy Start для незастрахованных детей? (206% FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

Да

Нет

Инициалы родителя

Я предпочитаю не передавать другим лицам мою финансовую информацию и понимаю, что в соответствии с OAC 5123:10-03 (D), я беру на себя ответственность по оплате стоимости услуг по раннему вмешательству свыше первых 55 единиц, оплачиваемых государством.

Я ознакомился(-ась) и рассмотрел(-а) документацию, предоставленную родителем в соответствии с OAC 5123:2-10-03 (D), и определил(-а), что родитель не способен(-а) способен(-а) оплатить услуги по раннему вмешательству.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя координатора услуг по раннему вмешательству

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Дата

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Подпись координатора услуг по раннему вмешательству

Я рассмотрел(-а) информацию, использованную для заполнения этой формы, и мой координатор услуг объяснил(-а) мне определение того, являюсь ли я платежеспособным(-ой) для оплаты услуг EI или нет.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Подпись родителя

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Дата



Department of
Developmental Disabilities

Организация, предоставляющая равные возможности при трудоустройстве и предоставлении услуг
Июль 2019 г.



Форма EI-16

Только для использования координатором услуг
 xx/xx/xxxx (дата/в течение 30 дней после подписания IFSP), эта форма была передана в DODD вместе с формами
 EI-04 EI-05 EI-15

xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxx

Сегодняшняя Имя ребенка
 дата

Кликните или нажмите сюда для ввода текста. xx/xx/xxxx

Номер EIDS Дата рождения ребенка

Оплата услуг по раннему вмешательству

Имя родителя Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Имя родителя Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	
Адрес Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Адрес Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	
Город Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Штат XXXXXX	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС xxxxxxxx	Город Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Номер социального страхования Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Номер социального страхования Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	
Домашний телефон Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Рабочий телефон Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Домашний телефон Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Рабочий телефон Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Эл. почта Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Эл. почта Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	
Адрес ребенка Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Округ Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	
Город Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Штат XXXXXX	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС xxxxxxxx	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский

Рекомендованные услуги по раннему вмешательству в соответствии с IFSP (если необходимо, можно добавить дополнительные страницы)

Категория услуг	Наименование и адрес поставщика услуг	Частота	Источник финансирования
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.
Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Подпись координатора услуг Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Дата xx/xx/xxxx	Эл. почта координатора услуг Кликните или нажмите сюда для ввода текста.	
Имя координатора услуг Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Название агентства Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Номер телефона xxxxxxxxxxxx
Адрес Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Город Кликните или нажмите сюда для ввода текста.		Штат XXXXXX
				ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС xxxxxxxx

Настоящим я разрешаю вышеуказанному координатору услуг отправить это заявление в Ohio Department of Developmental Disabilities для оплаты услуг, предоставленных ребенку, указанному в данном заявлении.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста. Кликните или нажмите сюда для ввода текста. xx/xx/xxxx

Имя (имена) родителя(-ей) Подпись родителя(-ей) Дата

Только для использования DODD

Одобрено <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Первые 55 единиц <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Запрос дополнительных услуг <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Оплачен дополнительный медицинский специалист <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Дата вступления в силу xx/xx/xxxx	Дата окончания срока действия xx/xx/xxxx
Персонал DODD Кликните или нажмите сюда для ввода текста.				Дата xx/xx/xxxx	



Форма EI-17

xx/xx/xxxx

Сегодняшняя дата

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя ребенка

xx/xx/xxxx

Дата рождения ребенка

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя (имена) родителя(-ей)

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Номер EIDS

Бланк расходов на дополнительного медицинского специалиста

Доход родителя еженедельный (52) двухнедельный (26) ежемесячный (12) два раза в месяц (24) размер семьи: xx

Дата(-ы) квитанции о начислении зарплаты Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Валовая(-ые) сумма(-ы) Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Доход родителя еженедельный (52) двухнедельный (26) ежемесячный (12) два раза в месяц (24) размер семьи: xx

Дата(-ы) квитанции о начислении зарплаты Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Валовая(-ые) сумма(-ы) Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Общий годовой доход Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Расчеты дохода семьи, составляющего 210-401% или выше Федерального уровня бедности (FPL) можно найти на веб-странице <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста. x =

Годовой доход

EME

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Расходы на медицинские услуги, не покрываемые страховкой

Я рассчитал(-а) предполагаемые расходы на медицинские услуги, не покрываемые страховкой, основываясь на последнем значении федерального уровня бедности, определенном US Department of Health and Human Services и опубликованном в Федеральном регистре, а также передал(-а) эту информацию родителю. DODD будет использовать эту информацию для принятия окончательного определения расходов семьи на дополнительного медицинского специалиста.

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Имя координатора услуг по раннему вмешательству

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Дата

Кликните или нажмите сюда для ввода текста.

Подпись координатора услуг по раннему вмешательству



Department of
Developmental Disabilities

Организация, предоставляющая равные возможности при трудоустройстве и предоставлении услуг
Июль 2019 г.



