



# 个人化家庭服务计划 (IFSP)

转介日期:	IFSP 会议日期:	会议类型:	<input type="checkbox"/> 临时	<input type="checkbox"/> 初次	<input type="checkbox"/> 6 个月审核	<input type="checkbox"/> 其他审核	<input type="checkbox"/> 年度
-------	------------	-------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

## 孩子和家庭信息

孩子姓名 (名字/中间名/姓氏):							
出生日期:	ID 号:	MA 编号:					
地址:			家庭电话:				
家长/监护人/代理人姓名:							
地址:			家庭电话:				
地址:			工作电话:				
电子邮件:			手机:				
最佳联络时间:		最佳联系方式:		<input type="checkbox"/> 家庭电话	<input type="checkbox"/> 工作电话	<input type="checkbox"/> 手机	<input type="checkbox"/> 电子邮件

## IFSP 团队成员

以下团队成员参与了此 IFSP 的制定:

家长/监护人/家长代理人	家长/监护人/家长代理人
服务协调人	评估人/考官/提供商
临时/替代服务协调人 (如果适用)	评估人/考官/提供商
牵头机构代表 (如果适用)	其他参加者, 机构 职位

## 服务协调人信息

如果您对此 IFSP 或与您孩子和家庭合作的任何个人有任何疑问, 请联系您的服务协调人。

服务协调人姓名:	
机构:	
地址:	
工作电话:	电子邮件:

## IFSP 预计会议日期

六个月 IFSP 审核	年度 IFSP 审核	过渡期计划会议

母语翻译:	家长是否知情?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	父母要求?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
-------	---------	----------------------------	----------------------------	------------------------------	-------	----------------------------	----------------------------

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

## 第 I 部分 - 关于我的孩子发展的信息

### A 节 - 健康信息

### 一般健康信息

您的孩子出生时的胎龄是多少? \_\_\_\_\_ 周 \_\_\_\_\_ 天

您的孩子体重是多少? \_\_\_\_\_ 磅 \_\_\_\_\_ 盎司 或者 \_\_\_\_\_ 克

谁是您的主治医师或其他医疗照护专业人员? \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

#### 免疫接种

您的孩子是否接受了最新的免疫接种?  是  否  不确定  不适用

确保家庭在孩子做好过渡到社区/学校早期儿童教育计划的准备之前, 了解学校在免疫接种方面的要求。

#### 铅筛查/测试

您的孩子是否测试过铅水平?  是  否 如果选择 **是**, 铅水平是多少? \_\_\_\_\_

您对于您孩子的铅水平是否有任何顾虑?  是  否 如果选择 **是**, 请说明。 \_\_\_\_\_

#### 营养

您对于您孩子的饮食、一般营养或成长是否有任何顾虑?  是  否

如果选择 **是**, 请说明。

#### 一般健康顾虑

**考虑您孩子的当前健康状况。** 是否有团队应该了解的关于您孩子健康状况的任何信息 (特殊的设备、过敏、其他心理或身体信息), 包括具体的诊断结果, 以便更好地为您的孩子和家庭计划并提供服务?

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

## 第 I 部分 - 关于我的孩子发展的信息

### B 节 - 资格评估

评估状态:  初次资格  继续拥有资格

发展评估									
	评估日期 (月/日/年)	评估工具的名称	实足年龄	调整年龄 (如果适用)	年龄阶段/ 年龄范围	定性描述			
认知									
沟通									
社交/情感									
适应性									
身体	精细运动								
	粗大运动								
	听力	您的孩子是否通过了新生儿听力普遍筛查?					<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用
		您的孩子是否与听力学家进行过完整的听力评估?					<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
		您对于您孩子的听力是否有任何顾虑?					<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
	评估/观察结果:								
	愿景	您的孩子是否测试过视力?					<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
您对于您孩子的视力是否有任何顾虑?					<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否			
评估/观察结果:									

## 申请资格

*根据发展评估流程的结果，您的孩子有资格申请早期干预服务。  
申请资格基于以下勾选的一个类别。*

**至少 25% 的发展迟缓**

您的孩子有资格申请早期干预服务，因为他/她在一个或多个发展方面存在至少 25% 的发展迟缓。

**非典型发展或行为**

您的孩子有资格申请早期干预服务，因为他/她在一个或多个发展方面表现出有可能导致后续发展迟缓的非典型发展或行为。

**经诊断很可能存在发展迟缓的身体或心理状况**

您的孩子有资格申请早期干预服务，因为他/她经诊断存在以下很可能导致发展迟缓的身体或心理状况：

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

## 第 II 部分 - 我的孩子和家庭背景说明

### A 节 - 评估：日常生活/活动和环境

早期干预服务的目的是支持您的孩子成功参与对您和您的家庭有意义的日常家庭和社区活动。  
因此，了解您孩子在这些活动和环境下的功能能力非常重要。您可以根据自己的意愿或多或少地分享此类信息。

孩子和家庭评估（勾选所用的评估）：

<input type="checkbox"/>	基于日常生活的访谈 (RBI) 前往第 II 部分 B 节
<input type="checkbox"/>	日常生活中的家庭享受评估量表 (SAFER) 前往第 II 部分 B 节
<input type="checkbox"/>	IFSP 的日常生活和活动部分
<input type="checkbox"/>	家庭拒绝了家庭定向评估

日常生活和活动	日期:
---------	-----

日常生活/活动	目前的状况如何，跟谁在一起，在什么地方？	进展状况如何？
<input type="checkbox"/> 起床	您的孩子在此活动期间与他人的互动和关系如何？ 您的孩子对于成功参与此项活动的了解程度如何？ 在此活动中，您的孩子利用哪些行为类型来满足他们的需要和需求？ 他/她的独立性如何？ 您认为与同龄的孩子相比，他/她在此项活动中的表现如何？	<input type="checkbox"/> 进展顺利  <input type="checkbox"/> 有些担心  <input type="checkbox"/> 非常担心
<input type="checkbox"/> 穿衣		
<input type="checkbox"/> 换尿布/上厕所		
<input type="checkbox"/> 用餐时间/零食		
<input type="checkbox"/> 玩耍		
<input type="checkbox"/> 过渡期		
<input type="checkbox"/> 出游		您希望看到哪些不同之处？
<input type="checkbox"/> 孩子看护时间		
<input type="checkbox"/> 与家人、朋友和其他孩子的相处时间		
<input type="checkbox"/> 洗澡时间		
<input type="checkbox"/> 读书时间		
<input type="checkbox"/> 小憩/睡觉时间		
<input type="checkbox"/> 其他:		

日常生活/活动	目前的状况如何，跟谁在一起，在什么地方？	进展状况如何？
<input type="checkbox"/> 起床	您的孩子在此活动期间与他人的互动和关系如何？ 您的孩子对于成功参与此项活动的了解程度如何？ 在此活动中，您的孩子利用哪些行为类型来满足他们的需要和需求？ 他/她的独立性如何？ 您认为与同龄的孩子相比，他/她在此项活动中的表现如何？	<input type="checkbox"/> 进展顺利  <input type="checkbox"/> 有些担心  <input type="checkbox"/> 非常担心
<input type="checkbox"/> 穿衣		
<input type="checkbox"/> 换尿布/上厕所		
<input type="checkbox"/> 用餐时间/零食		
<input type="checkbox"/> 玩耍		
<input type="checkbox"/> 过渡期		
<input type="checkbox"/> 出游		您希望看到哪些不同之处？
<input type="checkbox"/> 孩子看护时间		
<input type="checkbox"/> 与家人、朋友和其他孩子的相处时间		
<input type="checkbox"/> 洗澡时间		
<input type="checkbox"/> 读书时间		
<input type="checkbox"/> 小憩/睡觉时间		
<input type="checkbox"/> 其他:		

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

## 第 II 部分 - 我的孩子和家庭背景说明

### B 节 - 评估：我们的家庭资源、优先事项和关注点

早期干预的目标之一是让家庭能够为他们的孩子提供照顾，并获得需要的资源以参与自己想要的家庭和社区活动，包括能够描述孩子的能力和面临的挑战，并帮助孩子发展和学习。

<b>家庭资源</b>	我的孩子/家庭拥有的支持资源，包括人员、活动、计划/组织。
在家里，谁和您生活在一起？谁为您的家庭提供支持？这可能包括祖父母、阿姨、叔伯、朋友、团体/组织（儿童看护、WIC、家长团体、家庭访客）、医生、护士等等。	

<b>家庭优先事项</b>	我对孩子的希望和梦想。目前对我的孩子和/或家庭而言最重要的事项。
总体而言，您的孩子有哪些优势、能力和兴趣爱好？根据关于您的日常活动和生活的讨论，您的孩子和家庭有哪些优先事项？	

<b>家庭关注点</b>	我对孩子的健康和发展抱有的顾虑。我的孩子和/或家庭需要的信息、资源和支持。
您有哪些担忧？如果可以，您希望改变哪些事物？	

**社区联系：** 勾选您的家庭希望深入了解的资源/服务联系：

- 社区内可供我的孩子与其他孩子一起玩耍的地方
- 儿童保育
- Judy 中心
- 衣服、食物等
- 家庭支持网络/学前教育合作伙伴
- 住房援助
- 医疗保健、心理健康和/或健康保险
- 我的孩子的诊断结果或障碍
- 与其他家长交流
- 家长支持/培训/倡导
- 其他：

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

## 第 II 部分 - 我的孩子和家庭背景说明

### C 节 - 评估概要: 现有的功能发展水平

在资格评估过程中, 我们考察了您孩子在五个方面的发展状况。在儿童和家庭评估流程中, 我们收集了关于您孩子在日常活动和生活中的功能能力的信息。儿童的功能能力与发展领域相重叠, 因此我们将它们结合起来, 并将所有功能能力、优势和需求归纳为三个功能成果方面。这是对我们所发现内容的总结, 以便我们的计划能够有效地适应孩子的发展优势和兴趣。信息来源可能包括我们与您的谈话、在日常生活中对您孩子的观察、资格评估、儿童和家庭评估活动, 以及外部报告。

此外, 我们将一起思考并确定与其他同龄的孩子相比, 您的孩子在这三个方面的功能状况。这有助于我们帮助您支持孩子的发展和参与日常活动, 并且有助于我们了解孩子如何从参与马里兰州婴幼儿计划中获益。

请注明除“资格评估”(第 I 部分, B 节)和“孩子和家庭评估”(第 II 部分, A 和 B 节)之外, 用于形成上述归纳结果的任何额外评估及其完成日期:

评估: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

评估: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**注:** 在所有发展领域的优势和需求, 包括: 必须从功能的角度说明以下环境下的认知、沟通(表达性和接受性)、社交和情绪、适应性/自理能力、精细运动和粗大运动:

**发展积极的社交技能和人际关系, 掌握与运用知识技能, 以及采取适当行动来满足自身需求。**

**发展积极的社交技能和人际关系:**  
 这是指孩子如何与身边的人相处 - 他们的父母、照料者、兄弟姐妹及其他幼童。这包括许多不同的技能, 例如沟通、合理地表达情绪和控制自己的行为。拥有积极的社会关系还要求幼童遵守人际交往规则, 例如排队或分享。

<input type="checkbox"/> 孩子的技能与年龄小得多的孩子的技能相似。孩子在此方面展示了非常早期的技能, 但尚未建立直接的基础技能或适龄技能。	<input type="checkbox"/> 孩子的技能与年龄小得多的孩子的技能相似。孩子在此方面具有一些新形成的或直接的基础技能, 这将有助于他/她发展适龄技能。	<input type="checkbox"/> 孩子的技能与年龄较小的孩子的技能相似。孩子在此方面尚未使用适龄技能, 但使用了许多发展适龄技能所需的重要且直接的基础技能。	<input type="checkbox"/> 孩子在此方面偶尔会使用一些适龄技能, 但他/她的技能尚未达到适龄水平。孩子仍展现了更多与年龄较小的孩子相似的技能。	<input type="checkbox"/> 孩子在此方面展现了许多适龄技能, 但某些功能描述仍旧与年龄稍小的孩子相似。	<input type="checkbox"/> 孩子在此方面拥有适龄技能, 但存在一些担忧。	<input type="checkbox"/> 孩子在此方面拥有所有适龄技能。
自上一次总结后, 孩子是否表现出任何与此方面相关的新技能或行为?				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

## 第 II 部分 - 我的孩子和家庭背景说明

### C 节 - 评估概要: 现有的功能发展水平 (接上页)

**掌握与运用知识技能:** 这是指思考、学习、推理、记忆和解决问题的技能、孩子们所掌握的关于周边世界的一般知识 (例如多和少的概念、颜色和形状、故事和书籍等), 以及利用这些知识参与日常活动。它关乎早期学习, 以及孩子们如何认识周边世界和掌握成功融入学校及其他生活所需的技能。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
孩子的技能与年龄小得多的孩子的技能相似。孩子在此方面展示了非常早期的技能, 但尚未建立直接的基础技能或适龄技能。	孩子的技能与年龄小得多的孩子的技能相似。孩子在此方面具有一些新形成的或直接的基础技能, 这将有助于他/她发展适龄技能。	孩子的技能与年龄较小的孩子的技能相似。孩子在此方面尚未使用适龄技能, 但使用了许多发展适龄技能所需的重要且直接的基础技能。	孩子在此方面偶尔会使用一些适龄技能, 但他/她的技能尚未达到适龄水平。孩子仍展现了更多与年龄较小的孩子相似的技能。	孩子在此方面展示了许多适龄技能, 但某些功能描述仍旧与年龄稍小的孩子相似。	孩子在此方面拥有适龄技能, 但存在一些担忧。	孩子在此方面拥有所有适龄技能。
自上一次总结后, 孩子是否表现出任何与此方面相关的新技能或行为?				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用

**采取适当行动来满足自身需求:** 这是指孩子能够照顾好自己, 并使用适当的方法满足自身的需求和需要。这包括吃饭、穿衣、玩玩具、做选择、从一个地方到另一个地方等日常活动, 以及他们如何应对挑战或延迟获得想要的东西。它还指儿童能够意识到危险的情景并做出应对。这最终集中体现为基础的独立性。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
孩子的技能与年龄小得多的孩子的技能相似。孩子在此方面展示了非常早期的技能, 但尚未建立直接的基础技能或适龄技能。	孩子的技能与年龄小得多的孩子的技能相似。孩子在此方面具有一些新形成的或直接的基础技能, 这将有助于他/她发展适龄技能。	孩子的技能与年龄较小的孩子的技能相似。孩子在此方面尚未使用适龄技能, 但使用了许多发展适龄技能所需的重要且直接的基础技能。	孩子在此方面偶尔会使用一些适龄技能, 但他/她的技能尚未达到适龄水平。孩子仍展现了更多与年龄较小的孩子相似的技能。	孩子在此方面展示了许多适龄技能, 但某些功能描述仍旧与年龄稍小的孩子相似。	孩子在此方面拥有适龄技能, 但存在一些担忧。	孩子在此方面拥有所有适龄技能。
自上一次总结后, 孩子是否表现出任何与此方面相关的新技能或行为?				<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

### 第 III 部分 - 我的孩子和家庭背景说明

## 孩子和家庭成果

此信息将帮助您根据您为孩子的学习和发展设定的优先事项，来支持您的孩子参与您的日程活动和生活。您作为成果进行关注的活动将用作孩子进展状况的衡量方式，但这并不是与您的团队着手的唯一活动。

婴幼儿计划将支持成年人定期与您的孩子互动。成年人如何最有效地了解孩子的生活（阅读、行动、聆听、观察）？

成果编号	成果是日常活动和生活环境下可衡量的功能性成果。		
我们希望在我们的日常活动/生活中看到哪些情况的发生？	我们如何知道自己是否取得了此成果？ 在什么时间之前？		
<b>策略</b>			
目前正在发生的哪些情况有助于取得此成果？采用了哪些 <u>初始</u> /持续策略？			
在早期干预访问期间，将与您联合制定与达成此成果相关的其他持续性策略。			
此 IFSP 成果针对的是：			
<input type="checkbox"/> 您的孩子发展积极的社会关系 <input type="checkbox"/> 您的孩子掌握与运用知识技能 <input type="checkbox"/> 您的孩子采取适当行动来满足自身需求 <input type="checkbox"/> 家庭成果			

取得的教育成果（3 岁或以上必填）	<input type="checkbox"/> 语言	<input type="checkbox"/> 计算能力	<input type="checkbox"/> 学前读写能力
-------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------

成果进展审核				
审核代码：选择最适用的代码。 1- 已达成 - 我们做到了！ 2- 进行中 - 我们在不断进步。 3- 需要修改 - 让我们来做些调整。 a. 修订成果 b. 变更服务 c. 其他： 4- 不再需要 - 让我们将精力投入到其他方面。 5- 延期	代码：	日期：	首字母签名：	备注：



孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

### 第 IV 部分 - 我们的早期干预支持和服务

## 早期干预服务概要

支持和服务是在制定 IFSP 功能性成果之后确定的。它们的目的是通过在家庭和社区活动中发挥参与作用，增强家庭对于孩子学习和发展的支持能力。在提供早期干预服务方面发挥直接作用的每个机构或个人都有责任支持家庭取得此 IFSP 中的成果。

主要提供商	家庭服务协调人	早期干预服务	强度	频率			服务环境	持续时间	
			<input type="checkbox"/> 个人 <input type="checkbox"/> 小组	频率?	课时	每课时分钟数	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 社区 <input type="checkbox"/> 其他* *提供理由	计划的开始日期	计划的结束日期
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 个人 <input type="checkbox"/> 小组				<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 社区 <input type="checkbox"/> 其他* *提供理由		
服务提供商名称:			联系人信息:						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 个人 <input type="checkbox"/> 小组				<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 社区 <input type="checkbox"/> 其他* *提供理由		
服务提供商名称:			联系人信息:						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 个人 <input type="checkbox"/> 小组				<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 社区 <input type="checkbox"/> 其他* *提供理由		
服务提供商名称:			联系人信息:						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 个人 <input type="checkbox"/> 小组				<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 社区 <input type="checkbox"/> 其他* *提供理由		
服务提供商名称:			联系人信息:						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 个人 <input type="checkbox"/> 小组				<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 社区 <input type="checkbox"/> 其他* *提供理由		
服务提供商名称:			联系人信息:						

早期干预服务提供情况讨论:

\*如果未在自然环境中提供早期干预服务，IFSP 团队做出无法在自然环境中取得成果的决定的理由是什么？

针对失明/视觉受损儿童或失聪/听觉受损儿童的服务			
家长是否已获得马里兰州盲人学校的资料？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用
家长是否已获得马里兰州聋哑人学校的资料？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

## 第 V 部分 - 孩子的过渡期计划

### A 节 - 确定过渡期

过渡期发生在家庭参与早期干预服务的全过程。有些是非正式的，例如住院后到家庭的过渡期，或到新的儿童看护服务提供者的过渡，以及父母开始一份新工作时的过渡。过渡期也指脱离早期干预，并可能进入另一项社区或学校计划的过程。您的 IFSP 团队可以帮助您规划所有类型的平稳过渡期。

**确定的过渡期:**

<input type="checkbox"/> 3 岁前的过渡期	继续执行过渡期计划说明/未来步骤
-----------------------------------	------------------

<input type="checkbox"/> 3 岁时的过渡期
-----------------------------------

<b>过渡期计划会议日期 (必须在 33 个月之前):</b>	
如果过渡期计划会议在孩子年龄达到 33 个月之后举行，请勾选下方对应的解释。(仅勾选一项。)	如果过渡期计划会议在孩子三岁生日之前仍未举行，请勾选下方对应的解释。(仅勾选一项。)
<input type="checkbox"/> 尝试联系家庭失败 <input type="checkbox"/> 孩子在年龄达到 31.5 个月或更晚发生转介 <input type="checkbox"/> 家庭要求重新安排或延迟会议 <input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 尝试联系家庭失败 <input type="checkbox"/> 孩子在年龄达到 34.5 个月或更晚发生转介 <input type="checkbox"/> 家庭拒绝参加会议 <input type="checkbox"/> 其他:

#### 学前特殊教育和相关服务申请资格方面的考虑事项 (B 部分)

<input type="checkbox"/> 家长希望考虑 B 部分申请资格 <input type="checkbox"/> 家长不希望考虑 B 部分申请资格
---------------------------------------------------------------------------------------

#### 初次 IEP 资格确定会议的结果 (将由特殊教育工作人员完成)

**特殊教育工作人员:** 在初次 IEP 资格确定会议后立即完成本部分并提交至 C 部分数据录入。勾选注明了初次 IEP 资格确定会议结果的陈述。

<input type="checkbox"/> 孩子被确定 <b>有资格</b> 通过 IFSP 持续接受服务或通过 IEP 接受学前特殊教育及相关服务。 <input type="checkbox"/> 孩子被确定 <b>没有资格</b> 通过 IFSP 持续接受服务或通过 IEP 接受学前特殊教育及相关服务。
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

继续执行过渡期计划说明/未来步骤

<input type="checkbox"/> 3 岁后的过渡期
-----------------------------------

<b>过渡期计划会议日期:</b>	
如果过渡期计划会议在孩子失去资格前 90 天以后举行，请勾选下方对应的解释。(仅勾选一项。)	如果过渡期计划会议根本未在孩子失去资格前举行过，请勾选下方对应的解释。(仅勾选一项。)
<input type="checkbox"/> 尝试联系家庭失败 <input type="checkbox"/> 家庭要求重新安排或延迟会议 <input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 尝试联系家庭失败 <input type="checkbox"/> 家庭在 90 天时限前选择了 IEP 服务 <input type="checkbox"/> 家庭拒绝参加会议 <input type="checkbox"/> 其他:

#### 特殊教育和相关服务方面的考虑事项 (B 部分)

**在孩子第 4 个生日后的学年开始前:**

<input type="checkbox"/> 家长愿意考虑通过 IEP 接受学前特殊教育和相关服务 <input type="checkbox"/> 家长不愿意考虑通过 IEP 接受学前特殊教育和相关服务
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**在孩子第 4 个生日后的学年开始时:**

<input type="checkbox"/> 家长愿意考虑通过 IEP 接受学前特殊教育和相关服务 <input type="checkbox"/> 家长不愿意考虑通过 IEP 接受学前特殊教育和相关服务
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

继续执行过渡期计划说明/未来步骤

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

**第 V 部分 - 孩子的过渡期计划**  
**B 节 - 过渡期计划**

**过渡期计划说明/未来步骤**

**社区服务**

家庭是否被转介到社区服务?  是  否 如果选是, 请勾选以下适用的服务。

发展/医学/健康	儿童保育/特长教育	家庭支持
<input type="checkbox"/> 发展治疗 (C 部分和 B 部分除外) <input type="checkbox"/> 设备/器械 <input type="checkbox"/> 家庭保健 <input type="checkbox"/> 免疫接种 <input type="checkbox"/> 心理健康服务 <input type="checkbox"/> 初级卫生保健 <input type="checkbox"/> 妇女、婴儿与儿童 (WIC) 计划	<input type="checkbox"/> 夏令营活动 <input type="checkbox"/> 同一起跑线 <input type="checkbox"/> 家庭日托服务 <input type="checkbox"/> 团体儿童保育 <input type="checkbox"/> 启蒙计划 <input type="checkbox"/> 学龄前儿童居家教育计划 (HIPPIY) <input type="checkbox"/> Judy 中心 <input type="checkbox"/> 游戏小组 <input type="checkbox"/> 学前计划: <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/> 休闲计划	<input type="checkbox"/> 家庭支持中心 <input type="checkbox"/> 家庭支持网络/学前教育合作伙伴 <input type="checkbox"/> 家访计划 (请说明): _____ <input type="checkbox"/> 家长教育 <input type="checkbox"/> 支持小组 <input type="checkbox"/> 其他: _____
		其他社区服务

**过渡期计划说明/未来步骤**

活动	时限	负责人

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

**第 VI 部分 - 家长同意书 (三岁时或三岁前)**  
**家庭选择: 同意继续或申请终止 IFSP 服务**

**家庭拥有选择权**

- 我/我们已收到一份年度通知“关于您正在接受早期干预服务的孩子年满3周岁时需要采取的后续步骤的家庭指南 - 家庭拥有选择权”。
- 我/我们已知悉通过个性化家庭服务计划 (IFSP) 提供的早期干预服务与通过个性化教育计划 (IEP) 提供的学前特殊教育服务之间的差别 (这两项计划均列于《残障人士教育法案》(IDEA) 下)。
- 我/我们了解, 我/我们的孩子目前正在参加 IFSP, 并且我/我们的孩子作为残障儿童, 有资格依据 IDEA 申请学前特殊教育。
- 我/我们已知悉, 我/我们有权在通过 IFSP 继续接受早期干预服务的 IFSP 选项与通过 IEP 开始学前特殊教育服务之间做出选择。
- 我/我们了解, 如果我/我们为孩子选择通过 IEP 接受服务并终止 IFSP 服务, 我/我们的孩子和家庭将不再具备通过 IFSP 接受服务的资格。
- 我/我们了解, 如果我/我们为孩子选择通过 IFSP 接受服务, 我/我们可随时终止通过 IFSP 参加的早期干预服务, 并选择通过 IEP 开始学前特殊教育服务。
- 我/我们了解, 当地的牵头机构必须依据延期 IFSP 方案继续提供 IFSP 服务, 直至开始通过 IEP 接受服务的日期为止。但如果我/我们选择了 IEP 选项, 并拒绝接受由 IEP 团队制定的在 IEP 中提供的特殊教育和相关服务, 我/我们了解 IFSP 服务将会终止。
- 我/我们了解, 我/我们同意继续接受 IFSP 服务是自愿行为, 并且可随时中止。

**家庭选择**

勾选一个方框。

- 我/我们同意我/我们的孩子和家庭在孩子三周岁生日之后, 继续通过 IFSP 接受早期干预服务。
- 我/我们要求我/我们的孩子和家庭在孩子年满三周岁之后, 终止通过 IFSP 提供的早期干预服务。

\_\_\_\_\_  
 家长/监护人/代理人签名

\_\_\_\_\_  
 日期

\_\_\_\_\_  
 家长/监护人/代理人签名

\_\_\_\_\_  
 日期

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

**第 VII 部分 - 授权**  
**第 A 节 - IDEA 同意书**

**授权**

**家长/监护人/代理人同意**

- 我/我们有机会参与个人化家庭服务计划 (IFSP) 的制定，并收到了关于 IFSP 会议的合理通知。
- 我/我们已经收到了“*家长权利：马里兰州程序保障通知*”和一本关于马里兰州早期干预系统的家庭手册，知悉此计划下我/我们家长的权利。
- 早期干预服务将按照 IFSP 的规定予以提供。我/我们了解，IFSP 将会至少每六 (6) 个月审核一次。
- 我/我们了解接受该服务是自愿行为，并可随时中止。
- 我/我们了解，除非《家庭教育权利及隐私法案》(FERPA) 的相关条例有所要求，否则未经我/我们的签字和书面同意不会公开教育记录。该法案允许向早期干预系统的参与机构披露早期干预记录。
- 我/我们了解公共机构将通过全州范围的数据库提交数据。此数据库将由马里兰州教育部 (MSDE) 和其他州政府机构使用（如若适用），以便资助计划。
- 我/我们已经以我/我们的母语或其它沟通方式获悉 IEP 团队的决定。
- 此计划反映的结果对于我/我们的孩子和家庭很重要。
- 我/我们了解该计划，并授权实施该 IFSP。

家长/监护人/代理人签名

日期

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

**第 VII 部分 - 授权**  
**B 节 - 医疗救助 (MA) 同意书**

**授权**

**家长/监护人/代理人同意**

在提供机构出于收费目的向马里兰州卫生部 (MDH) 披露儿童的个人可识别信息之前，必须获得相关家长的同意。MDH 为一家州政府机构，负责根据《家庭教育权利和隐私法案》(FERPA) 和《残障人士教育法案》(IDEA) 管理医疗救助 (MA) 计划。

一旦您提交同意书，即表明您理解并书面同意公共机构可使用您孩子的医疗补贴 (Medicaid) 来支付为其提供的服务。

**为了向您的孩子提供早期干预服务，提供机构不得：**

- 要求您报名参加或加入州政府的 MA 计划，以便您的孩子能够根据 IDEA 的规定接受服务；
- 在您申请服务时要求您支付现金，如自负额或共付额等；
- 利用您孩子在医学救助项目下享受的益处，如果该使用行为会导致以下后果：
  - 减少适用的终身保险或任何其他保险权益，
  - 导致您的家庭支付本应由医学救助项目涵盖的服务费用，或您孩子在校时间以外所需的服务费用，
  - 增加保费或导致福利或保险中断，或
  - 存在丧失获得家庭和社区豁免资格的风险，该资格基于健康保健支出的总和确定。

您有权随时撤销同意向州医疗救助计划披露个人可识别信息。如果您撤销授权提供机构披露您孩子个人可识别信息的同意书，提供机构仍有责任确保向您的孩子免费提供一切所需服务。

孩子是否有资格参与 MA?     是     否    MA 编号: \_\_\_\_\_

- 我同意接受“早期干预服务管理”，并同意将该 IFSP 计划中指定的“服务协调人”任命为“MA 服务协调人” (COMAR 10.09.40)。我了解自己有权为我的孩子自行选择 MA 服务协调人。这次，我接受以下服务协调人：

**MA 服务协调人姓名：**

**MA 服务协调人姓名：**

- 我了解如果以后想更换“MA 服务协调人”，我可以致电早期干预计划人员进行更换。
- 我了解，此服务旨在帮助获得所需的医疗、社会、教育和其他服务。
- 我同意服务提供机构向州医疗救助计划披露孩子的个人识别信息资料，以便获得医疗救助方面的益处。
- 我授权提供机构从医疗补贴 (Medicaid) 中扣除相应费用，用于服务协调和健康相关服务，以实现我孩子的 IFSP 目标。
- 我了解即使拒绝服务提供机构使用 MA 基金，此类机构也有责任确保我的子女能够免费获得一切所需服务。
- 我了解，此服务不会限制或影响我的孩子获得其他 MA 福利的资格。我还了解，如果我的孩子有资格获得 MA 项下的多种服务，就不会只享受到一种类似的案例管理服务。

家长/监护人/代理人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

孩子姓名:	ID 号:	IFSP 会议日期:
-------	-------	------------

## 个人化家庭服务计划 (IFSP)

### 预先书面通知

会议目的	建议和/或拒绝的行动	处于未激活状态的原因 (选择 <u>一项</u> 。)
(请勾选 <u>所有</u> 适用项。)	(请选择 <u>一项</u> 以 <u>继续</u> 、 <u>修改</u> 或 <u>结束</u> IFSP。)	未激活日期:
<input type="checkbox"/> 临时 <input type="checkbox"/> 初始 IFSP <input type="checkbox"/> 六个月审核 <input type="checkbox"/> 其他审核 <input type="checkbox"/> 年度审核	<input type="checkbox"/> 开始 IFSP <input type="checkbox"/> 继续 IFSP <input type="checkbox"/> 修改 IFSP (请勾选 <u>所有</u> 适用项。) <input type="checkbox"/> 添加服务 <input type="checkbox"/> 添加服务 <input type="checkbox"/> 变更服务 <input type="checkbox"/> 结束服务 <input type="checkbox"/> 添加/修改结果 <input type="checkbox"/> 过渡期计划 - 3 岁时 <input type="checkbox"/> 过渡期计划 - 3 岁后 <input type="checkbox"/> 结束 IFSP (如果选择此项, 请完成“处于未激活状态的原因”部分。)	<input type="checkbox"/> 被判定不具备资格 - 仅筛查 (出生 - 3 岁) <input type="checkbox"/> 被判定不具备资格 - 儿童从未具备资格 (出生 - 3 岁) <input type="checkbox"/> 尝试联系失败 (出生 - 4 岁) <input type="checkbox"/> 家长中止同意 (出生 - 4 岁) <input type="checkbox"/> 在年满三岁前完成 IFSP (出生 - 3 岁) <input type="checkbox"/> 三岁时的过渡期 - 未继续 IFSP (出生 - 3 岁) <input type="checkbox"/> 三岁后的过渡期 (3 岁 - 4 岁) <input type="checkbox"/> 三岁后完成 IFSP (3 岁 - 4 岁) <input type="checkbox"/> 在第 4 个生日后学年开始时的过渡期 <input type="checkbox"/> 搬至另一个辖区 (出生 - 4 岁) 辖区名称: _____ <input type="checkbox"/> 迁出所在州 (出生 - 4 岁) <input type="checkbox"/> 已故 (出生 - 4 岁)

#### 建议和/或拒绝的行动描述以及每项行动的说明:

#### 家长权利 - 马里兰州程序保障通知

具有发展迟缓/障碍的孩子的家长享有附件“**家长权利 - 马里兰州程序保障通知**”中概述的特定程序保障, 包括在家长不同意建议和/或拒绝的行动时, 请求调解或提起正当程序投诉的权利以及提起州投诉的权利。

- 已向家长提供“家长权利 - 马里兰州程序保障通知”  
 家长拒绝了另一份副本

#### 家庭支持服务

当地家庭支持网络/学前教育合作伙伴信息:

全州免费电话家庭支持服务信息热线: **1-800-535-0182**  
 马里兰州教育局特殊教育/早期干预服务部的一项服务

孩子姓名:		ID 号:		IFSP 会议日期:	
-------	--	-------	--	------------	--