



메릴랜드 영유아 프로그램

# 개별화 가족 서비스 계획(IFSP)

추천 날짜:	IFSP 회의 날짜:	회의 유형:	<input type="checkbox"/> 중급	<input type="checkbox"/> 초기	<input type="checkbox"/> 6개월 검토	<input type="checkbox"/> 기타 검토	<input type="checkbox"/> 연간
--------	-------------	--------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

## 자녀 및 가족 정보

자녀 이름(이름/중간 이름/성):							
생년월일:	ID 번호:		MA 번호:				
주소:					집 전화:		
부모/보호자/대리인 이름:							
주소:					집 전화:		
주소:					회사 전화:		
전자 메일:					휴대전화:		
연락하기 가장 좋은 시간:			가장 좋은 연락 방법:	<input type="checkbox"/> 집 전화	<input type="checkbox"/> 회사 전화	<input type="checkbox"/> 휴대전화	<input type="checkbox"/> 전자 메일

## IFSP 팀 구성원

이 IFSP의 개발에 기여한 팀 구성원은 다음과 같습니다.

부모/보호자/대리인	부모/보호자/대리인
서비스 코디네이터	사정자/평가자/의료진
임시/대체 서비스 코디네이터(해당하는 경우)	사정자/평가자/의료진
선임 기관 대표자(해당하는 경우)	기타 참여자, 직위      기관

## 서비스 코디네이터 정보

이 IFSP 또는 자녀 및 가족과 작업하는 담당자에 대해 궁금한 점이 있으면 서비스 코디네이터에게 연락해 주십시오.

서비스 코디네이터 이름:	
기관:	
주소:	
회사 전화:	전자 메일:

## 계획된 IFSP 회의 날짜

6개월 IFSP 검토	연간 IFSP 검토	전환 계획 회의
-------------	------------	----------

--	--	--

모국어 번역:	부모에게 내용을 전달했습니까? <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 해당사항 없음	부모가 요청했습니까? <input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
---------	---	------------------------------	----------------------------------	--	------------------------------

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

파트 I - 내 자녀의 발달에 관한 정보  
 섹션 A - 의료 정보

**건강 상태**

자녀의 출생 시 재태 연령은 몇 세였습니까? \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 일

자녀의 체중은 얼마였습니까? \_\_\_\_\_ 파운드(Pound) \_\_\_\_\_ 온스(Ounce) 또는 \_\_\_\_\_ 그램(Gram)

주치의 또는 다른 의료 전문가는 누구입니까? 전화:  
 Dr. B. Healthy

**예방 접종**

자녀에게 필요한 모든 예방 접종을 하셨습니까?  예  아니요  잘 모르겠음  해당 사항 없음

자녀가 커뮤니티/학교 영유아 프로그램에 들어갈 준비가 될 때까지 학교의 예방 접종 관련 요건을 가족이 이해해야 합니다.

**납 검사/테스트**

자녀의 납 수준을 검사했습니까?  예  아니요 *예*라고 답한 경우, 어떤 수준이었습니까? \_\_\_\_\_

자녀의 납 수준과 관련하여 우려되는 점이 있습니까?  예  아니요 *예*라고 답한 경우, 설명을 기재하십시오. \_\_\_\_\_

**영양**

자녀의 식사, 전반적인 영양 또는 성장과 관련하여 우려되는 점이 있습니까?  예  아니요

*예*라고 답한 경우, 설명을 기재하십시오.

**전반적인 건강 상태**

자녀의 현재 건강 상태를 고려하십시오. 구체적 진단을 포함하여, 팀에서 귀하의 자녀와 가족을 위해 더 나은 서비스를 계획하고 제공하기 위해 자녀의 건강 상태(특수 장치, 알레르기, 기타 정신적 또는 신체적 정보)에 대해 알아야 할 사항이 있습니까?

자녀 이름:		ID 번호:		IFSP 회의 날짜:	
--------	--	--------	--	-------------	--

.....

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

파트 I - 내 자녀의 발달에 관한 정보  
 섹션 B - 자격 평가

평가 상태:  초기 자격     연속된 자격

**발달 평가**

		평가 날짜 (MM/DD/YY)	평가 도구 이름	실제 연령	조정 연령 (해당하는 경우)	연령 수준/ 연령대	정상적 설명			
인지										
의사소통										
사회적/정서적										
적응성										
신체	소근육 운동									
	대근육 운동									
	청력	자녀가 보편적 신생아 청각 선별검사를 통과했습니까?					<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 해당 사항 없음	
		완전한 청력 평가를 위해 청력학자의 검진을 받은 적이 있습니까?					<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요		
		자녀의 청력과 관련하여 우려되는 점이 있습니까?					<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요		
		평가/관찰 결과:								
	시력	자녀의 시력을 검사했습니까?					<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요		
		자녀의 시력과 관련하여 우려되는 점이 있습니까?					<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요		
		평가/관찰 결과:								

**자격**

귀하의 자녀는 발달 평가 과정의 결과에 따라 조기 개입 서비스를 받을 자격이 있습니다.  
 자격은 아래에서 선택한 한 가지 범주에 근거합니다.

**25% 이상 발달 지연**

귀하의 자녀는 하나 이상의 발달 영역에서 25% 이상 지연을 보이므로 조기 개입 서비스를 받을 자격이 있습니다.

**비정상적인 발달 또는 행동**

귀하의 자녀는 하나 이상의 발달 영역에서 차후에 발달 지연으로 이어질 가능성이 있는 비정상적인 발달 또는 행동을 보이므로 조기 개입 서비스를 받을 자격이 있습니다.

**발달 지연의 가능성이 높은 신체적 또는 정신적 상태로 진단됨**

자녀 이름:		ID 번호:		IFSP 회의 날짜:	
--------	--	--------	--	-------------	--

귀하의 자녀는 발달 지연을 일으킬 가능성이 높은 신체적 또는 정신적 상태로 진단이 되었기 때문에 조기 개입 서비스를 받을 자격이 있습니다.

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

**파트 II - 내 자녀와 가족의 이야기**  
**섹션 A - 평가: 자연스러운 일과/활동 및 환경**

조기 개입 서비스의 목적은 귀하와 귀하의 가족에게 중요한 매일매일의 가정 및 커뮤니티 활동에 자녀가 성공적으로 참여할 수 있도록 지원하는 것입니다. 그러므로, 이러한 활동과 환경 내에서 자녀의 기능적 능력을 이해하는 것이 중요합니다. 공유하고 싶은 정보만 기록하시면 됩니다.

자녀 및 가족 평가(사용된 평가 확인):

<input type="checkbox"/>	일과 관련 인터뷰(RBI) 파트 II 섹션 B로 이동
<input type="checkbox"/>	일과 내에서 가족의 즐거움에 대한 평가 척도(SAFER) 파트 II 섹션 B로 이동
<input type="checkbox"/>	IFSP의 일상적 일과 및 활동 섹션
<input type="checkbox"/>	가족이 가족 주도의 평가를 거부함

일상적 일과 및 활동	날짜:
-------------	-----

일과/활동	지금 누구와 어디에서 무엇을 하고 있습니까?	어떻게 되어 가고 있습니까?
<input type="checkbox"/> 일어나기	귀하의 자녀는 이 활동 중에 다른 사람과 어떤 상호 작용 및 관계를 맺고 있습니까? 귀하의 자녀는 이 활동에 성공적으로 참여할 수 있도록 어떻게 배우고 있습니까? 귀하의 자녀가 이 활동에서 욕구와 필요를 충족하기 위해 사용하는 행동 유형은 무엇입니까? 얼마나 독립적입니까? 이 활동에서 같은 연령대의 다른 아이들과 비교할 때 자녀가 어떻다고 생각합니까?	<input type="checkbox"/> 잘하고 있음  <input type="checkbox"/> 약간 문제가 있음  <input type="checkbox"/> 문제가 많음
<input type="checkbox"/> 옷 입기		
<input type="checkbox"/> 기저귀 갈기/화장실 사용		
<input type="checkbox"/> 식사 시간/간식		
<input type="checkbox"/> 놀이		
<input type="checkbox"/> 전환	어떤 변화를 원하십니까?	
<input type="checkbox"/> 여행		
<input type="checkbox"/> 보육 기관에서 보내는 시간		
<input type="checkbox"/> 가족, 친구, 다른 아이와 보내는 시간		
<input type="checkbox"/> 목욕 시간		
<input type="checkbox"/> 책 읽는 시간		
<input type="checkbox"/> 낮잠/잠 시간		
<input type="checkbox"/> 기타:		

일과/활동	지금 누구와 어디에서 무엇을 하고 있습니까?	어떻게 되어 가고 있습니까?
<input type="checkbox"/> 일어나기	귀하의 자녀는 이 활동 중에 다른 사람과 어떤 상호 작용 및 관계를 맺고 있습니까? 귀하의 자녀는 이 활동에 성공적으로 참여할 수 있도록 어떻게 배우고 있습니까? 귀하의 자녀가 이 활동에서 욕구와 필요를 충족하기 위해 사용하는 행동 유형은 무엇입니까? 얼마나 독립적입니까? 이 활동에서 같은 연령대의 다른 아이들과 비교할 때 자녀가 어떻다고 생각합니까?	<input type="checkbox"/> 잘하고 있음  <input type="checkbox"/> 약간 문제가 있음  <input type="checkbox"/> 문제가 많음
<input type="checkbox"/> 옷 입기		
<input type="checkbox"/> 기저귀 갈기/화장실 사용		
<input type="checkbox"/> 식사 시간/간식		
<input type="checkbox"/> 놀이		
<input type="checkbox"/> 전환	어떤 변화를 원하십니까?	
<input type="checkbox"/> 여행		

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

<input type="checkbox"/> 보육 기관에서 보내는 시간 <input type="checkbox"/> 가족, 친구, 다른 아이와 보내는 시간 <input type="checkbox"/> 목욕 시간 <input type="checkbox"/> 책 읽는 시간 <input type="checkbox"/> 낮잠/잠 시간 <input type="checkbox"/> 기타:	어떤 변화를 원하십니까?
---	---------------



자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

**파트 II - 내 자녀와 가족의 이야기**  
**섹션 B - 평가: 우리 가족의 리소스, 우선 순위 및 관심 사항**

조기 개입의 목표 중 하나는 가족이 자녀를 잘 돌보고 그들이 원하는 가족 및 커뮤니티 활동에 참여하는 데 필요한 리소스를 확보할 수 있도록 하는 것입니다. 여기에는 자녀의 능력과 문제를 설명하고 자녀가 발달하고 학습하도록 도울 수 있는 것도 포함됩니다.

<b>가족 리소스</b>	사람, 활동, 프로그램/조직을 포함하여 내 자녀/가족이 지원을 위해 보유한 리소스입니다.
---------------	---

집에서 누구와 함께 삽니까? 누가 가족을 지원합니까? 여기에는 조부모, 이모/고모, 삼촌, 친구, 그룹/조직(보육 시설, WIC, 부모 그룹, 가정 방문 도우미), 의사, 간호사 등이 포함될 수 있습니다.

<b>가족 우선순위</b>	내 자녀에 대한 나의 희망과 꿈입니다. 지금 당장 내 자녀 및/또는 가족에게 가장 중요한 것입니다.
----------------	---

전체적으로, 자녀의 장점, 능력, 관심사는 무엇입니까? 일상적 활동과 일과에 관한 논의에 기초한 귀하의 자녀와 가족의 우선순위는 무엇입니까?

<b>가족 관심 사항</b>	내 자녀의 건강과 발달에 대한 관심 사항입니다. 내 자녀 및/또는 가족에게 필요하거나 원하는 정보, 리소스, 지원입니다.
-----------------	---

걱정거리는 무엇입니까? 가능하다면 바꾸고 싶은 것은 무엇입니까?

**커뮤니티 연결:** 귀하의 가족이 더 많은 정보를 얻고 싶은 리소스/서비스 연계를 선택하십시오.

- 내 자녀가 커뮤니티에서 다른 아이들과 놀 수 있는 곳
- 보육 시설
- Judy Center
- 옷, 음식 등
- 가족 지원 네트워크/취학 전 파트너
- 주거 지원
- 의료, 정신 건강 및/또는 건강 보험
- 내 자녀의 진단 또는 장애

자녀 이름:		ID 번호:		IFSP 회의 날짜:	
--------	--	--------	--	-------------	--

.....

<input type="checkbox"/> 다른 부모와 대화
<input type="checkbox"/> 부모 지원/교육/옹호
<input type="checkbox"/> 기타:

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

## 파트 II – 내 자녀와 가족의 이야기

### 섹션 C – 평가 요약: 기능 발달의 현재 수준

자격 평가 과정 동안 저희는 5가지 영역에서 귀 자녀의 발달 상태를 살펴보았습니다. 자녀 및 가족 평가 과정에서 일상의 활동과 일과에서 귀 자녀의 기능적 능력에 관한 정보를 모았습니다. 아동의 기능적 능력은 발달 영역과 겹치므로 두 부분을 결합하여 모든 기능적 능력, 강점 및 장애 사항을 세 가지 기능적 결과 영역으로 요약합니다. 이것은 저희가 발견한 사항의 요약이므로 저희의 계획은 자녀의 발달 강점과 관심사에 잘 부합합니다. 정보의 출처로 저희가 귀하와 나눈 대화, 귀 자녀의 일상적 일과 관찰, 자격 평가, 자녀 및 가족 평가 활동 및 외부 보고서가 포함될 수 있습니다.

또한, 저희가 함께 이러한 3가지 영역에서 자녀의 기능적 능력이 어떤지 같은 연령대의 다른 아이들과 비교하여 고려하고 파악하게 됩니다. 이를 통해 귀하가 좀 더 쉽게 일상적 활동에서 자녀의 발달과 참여를 지원할 수 있으며, 메릴랜드 영유아 프로그램에 참여함으로써 얻는 도움에 대해 저희가 파악하는 데 도움이 됩니다.

자격 평가(파트 I, 섹션 B) 및 자녀 및 가족 평가(파트 II, 섹션 A 및 B) 외에도, 이 요약을 기술하는 데 사용된 추가 평가 및 완료 날짜를 기록하십시오.

평가: _____	날짜: _____
평가: _____	날짜: _____

**참고:** 모든 발달 영역, 즉 인지, 의사소통(표현 언어 및 수용 언어), 사회성과 정서, 적응/자립 능력, 소근육 운동 능력, 대근육 운동 능력 등의 강점 및 약점을 다음 맥락 내에서 기능적으로 서술해야 합니다.

**긍정적인 사회적 기술 및 관계 형성, 지식과 기술의 습득 및 활용, 요구 충족을 위한 적절한 행동 활용.**

**긍정적인 사회적 기술 및 관계 형성:**  
 자녀가 부모, 보육 교사, 형제자매 및 다른 어린이 등 주변 사람들과 어떤 관계를 맺고 있는지를 의미합니다. 여기에는 의사소통, 감정을 분명하게 보여주고 자신의 행동을 조절하는 등 여러 가지 기술이 포함됩니다. 긍정적인 사회적 관계를 맺으려면 어린이가 차례를 기다리거나 함께 나누는 등 상호 작용하는 방식에 대한 규칙도 잘 따라야 합니다.

<input type="checkbox"/> 자녀의 능력이 훨씬 더 어린 아이와 유사합니다. 자녀가 매우 초기 능력은 보이지만 이 영역의 즉각적인 기초 능력이나 연령대에 맞는 능력은 아직	<input type="checkbox"/> 자녀의 능력이 훨씬 더 어린 아이와 유사합니다. 자녀가 새롭거나 즉각적인 기초 능력 중 일부를 보이며, 이는 이 아동이 이 영역의 적절한 능력을 개발하는 데	<input type="checkbox"/> 자녀의 능력이 더 어린 아이와 유사합니다. 자녀가 아직 연령대에 맞는 능력을 보이지 않고 있지만 이 영역을 발달시키는 데 필요한 여러 중요하고 즉각적인 기초 능력을	<input type="checkbox"/> 자녀가 연령대에 적합한 능력을 가끔 보이지만 이 아동의 능력은 이 영역에서 연령대에 맞는 능력보다 부족한 점이 더 많습니다. 자녀가 아직도 더 어린 아이와 유사한	<input type="checkbox"/> 자녀가 연령대에 적합한 여러 능력을 보이지만, 이 영역에서는 실제 연령보다 약간 어린 아이의 행동으로 설명할 수 있는 기능 수행 능력을 지속해서 보여줍니다.	<input type="checkbox"/> 자녀가 이 영역에서 해당 연령대에 적합한 능력을 갖추고 있지만 우려 사항이 있습니다.	<input type="checkbox"/> 자녀가 이 영역에서 해당 연령대에 적합한 능력을 모두 갖추고 있습니다.
---	---	---	--	---	---	---

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

보이지 않고 있습니다.	도움이 될 것입니다.	사용하고 있습니다.	능력을 보여줍니다.			
귀하의 자녀가 지난 요약 이후 이 영역과 관련된 새로운 능력이나 행동을 보였습니까?				<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 해당 사항 없음

**파트 II – 내 자녀와 가족의 이야기**  
**섹션 C – 평가 요약: 기능 발달의 현재 수준(계속)**

**지식과 기술의 습득 및 활용:** 이는 많고 적음의 개념, 색깔과 모양, 이야기와 책, 그리고 이 지식을 활용하여 일상적 활동에 참여하는 등 아이들이 세상에 대해 배우는 사고 능력, 학습, 추론, 기억 및 문제 해결 기술, 일반 지식을 의미합니다. 조기 학습과 아이들이 어떻게 세상에 대해 배우고 유치원과 그 이후의 생활을 잘해나가는 데 필요한 능력을 습득하는지에 관한 것입니다.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자녀의 능력이 훨씬 더 어린 아이와 유사합니다. 자녀가 매우 초기 능력은 보이지만 이 영역의 즉각적인 기초 능력이나 연령대에 맞는 능력은 아직 보이지 않고 있습니다.	자녀의 능력이 훨씬 더 어린 아이와 유사합니다. 자녀가 새롭거나 즉각적인 기초 능력 중 일부를 보이며, 이는 이 아동이 이 영역의 적절한 능력을 개발하는 데 도움이 될 것입니다.	자녀의 능력이 더 어린 아이와 유사합니다. 자녀가 아직 연령대에 맞는 능력을 보이지 않고 있지만 이 영역을 발달시키는 데 필요한 여러 중요하고 즉각적인 기초 능력을 사용하고 있습니다.	자녀가 연령대에 적합한 능력을 가끔 보이지만 이 아동의 능력은 이 영역에서 연령대에 맞는 능력보다 부족한 점이 더 많습니다. 자녀가 아직도 더 어린 아이와 유사한 능력을 보여줍니다.	자녀가 연령대에 적합한 여러 능력을 보이지만, 이 영역에서는 실제 연령보다 약간 어린 아이의 행동으로 설명할 수 있는 기능 수행 능력을 지속해서 보여줍니다.	자녀가 이 영역에서 해당 연령대에 적합한 능력을 갖추고 있지만 우려 사항이 있습니다.	자녀가 이 영역에서 해당 연령대에 적합한 능력을 모두 갖추고 있습니다.

귀하의 자녀가 지난 요약 이후 이 영역과 관련된 새로운 능력이나 행동을 보였습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 해당 사항 없음
--	----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

**요구 충족을 위한 적절한 행동 활용** 이는 아이가 자신을 돌보고 필요하거나 원하는 것을 얻기 위해 적절한 방식을 사용할 수 있음을 나타냅니다. 여기에는 어려운 일이 있거나 욕구 충족이 지연될 때 반응하는 방식뿐 아니라, 먹고, 입고, 장난감 가지고 놀고, 선택하고, 장소를 이동하는 등의 일상적 활동이 포함됩니다. 또한 아이가 위험할 수 있는 상황을 인지하고 반응하는 것도 포함됩니다. 궁극적으로는 독립성 발생에 중점을 둡니다.

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

<input type="checkbox"/> 자녀의 능력이 훨씬 더 어린 아이와 유사합니다. 자녀가 매우 초기 능력은 보이지만 이 영역의 즉각적인 기초 능력이나 연령대에 맞는 능력은 아직 보이지 않고 있습니다.	<input type="checkbox"/> 자녀의 능력이 훨씬 더 어린 아이와 유사합니다. 자녀가 새롭거나 즉각적인 기초 능력 중 일부를 보이며, 이는 이 아동이 이 영역의 적절한 능력을 개발하는 데 도움이 될 것입니다.	<input type="checkbox"/> 자녀의 능력이 더 어린 아이와 유사합니다. 자녀가 아직 연령대에 맞는 능력을 보이지 않고 있지만 이 영역을 발달시키는 데 필요한 여러 중요하고 즉각적인 기초 능력을 사용하고 있습니다.	<input type="checkbox"/> 자녀가 연령대에 적합한 능력을 가끔 보이지만 이 아동의 능력은 이 영역에서 연령대에 맞는 능력보다 부족한 점이 더 많습니다. 자녀가 아직도 더 어린 아이와 유사한 능력을 보여줍니다.	<input type="checkbox"/> 자녀가 연령대에 적합한 여러 능력을 보이지만, 이 영역에서는 실제 연령보다 약간 어린 아이의 행동으로 설명할 수 있는 기능 수행 능력을 지속해서 보여줍니다.	<input type="checkbox"/> 자녀가 이 영역에서 해당 연령대에 적합한 능력을 갖추고 있지만 우려 사항이 있습니다.	<input type="checkbox"/> 자녀가 이 영역에서 해당 연령대에 적합한 능력을 모두 갖추고 있습니다.
--	---	--	---	---	---	---

귀하의 자녀가 지난 요약 이후 이 영역과 관련된 새로운 능력이나 행동을 보였습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 해당 사항 없음
--	----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

파트 III - 내 자녀와 가족 성과

**자녀와 가족 성과**

이 정보는 자녀의 학습 및 발달에 대한 우선순위에 따라 일상적 활동 및 일과에서 자녀의 참여를 지원하는 데 도움이 됩니다. 귀하가 성과로서 중점을 두는 활동이 자녀의 발전을 위한 방법이 되며, 팀과 함께 작업한 활동만을 의미하지는 않습니다.

영유아 프로그램은 귀하의 자녀와 정기적으로 상호 작용하는 성인을 지원합니다. 자녀 주변의 어른들이 가장 효과적으로 학습하는 방법(읽기, 행동하기, 듣기, 보기)은 무엇입니까?

<b>성과 #</b>	성과는 기능적이고, 측정 가능하며, 일상적 활동과 일과 내에서 이루어집니다.
-------------	--

일상적 활동/일과에서 바라는 것은 무엇입니까?	이런 바람이 이루어진 것은 어떻게 알 수 있습니까? 언제 알 수 있습니까?

**전략**

이 성과를 이루기 위해 현재 진행하고 있는 것은 무엇입니까? 시작/계속할 일부 초기 전략은 무엇입니까?

--

이 성과와 관련된 추가 전략 및 지속적인 전략은 조기 개입 방문 중에 귀하와 함께 개발됩니다.

이 IFSP 성과에서 다루는 내용은 다음과 같습니다.

- 자녀가 긍정적인 사회관계 맺기
- 자녀가 지식과 기술을 습득하고 활용하기
- 자녀가 요구 충족을 위해 적절한 행동을 활용하기
- 가족 성과

다루는 교육적 성과(3 세 이상 필수)	<input type="checkbox"/> 언어	<input type="checkbox"/> 산술 능력	<input type="checkbox"/> 읽기 쓰기 전 능력(Pre-literacy)
-----------------------	-----------------------------	--------------------------------	---

**성과 진행 과정 검토**

검토 코드: 가장 적합한 코드를 선택하십시오. 1- 성취함 - 잘했습니다! 2- 발전 중 - 발전하고 있습니다. 3- 수정 필요 - 조정하겠습니다. a. 성과 수정 b. 서비스 변경 c. 기타: _____	코드:	날짜:	이니셜:	설명:
--	-----	-----	------	-----

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

4- 더 필요하지 않음 - 다른 분야에 중점을 두겠습니다.				
5- 연기됨				

파트 IV - 조기 개입 지원 및 서비스

## 조기 개입 서비스(Early Intervention Services)의 요약

지원 및 서비스는 기능적 IFSP 성과의 전개에 따라 결정됩니다. 가족 및 커뮤니티 활동에 기능적으로 참여함으로써 자녀의 학습과 발달을 지원하는 가족의 역량을 강화하기 위해 마련되었습니다. 조기 개입 서비스를 직접 제공하는 업무를 담당하는 각 기관이나 사람은 가족이 이 IFSP에서 성과를 달성하도록 지원할 책임이 있습니다.

1 차 제공자	신디케이트/가정 커뮤니티	조기 개입 서비스	강도	빈도		서비스 설정	기간			
			<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 그룹	빈도	세션 번호	세션당 시간(분)	<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 커뮤니티 <input type="checkbox"/> 기타* *근거 입력	계획한 시작 날짜	계획한 종료 날짜	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 그룹				<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 커뮤니티 <input type="checkbox"/> 기타* *근거 입력			
서비스 제공자 이름:			연락처 정보:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 그룹				<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 커뮤니티 <input type="checkbox"/> 기타* *근거 입력			
서비스 제공자 이름:			연락처 정보:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 그룹				<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 커뮤니티 <input type="checkbox"/> 기타* *근거 입력			
서비스 제공자 이름:			연락처 정보:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 그룹				<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 커뮤니티 <input type="checkbox"/> 기타* *근거 입력			
서비스 제공자 이름:			연락처 정보:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 그룹				<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 커뮤니티 <input type="checkbox"/> 기타* *근거 입력			
서비스 제공자 이름:			연락처 정보:							

특수 교육 제공에 대한 논의:

\*자연스러운 환경에서 조기 개입 서비스가 제공되지 않는 경우, 자연스러운 환경에서 성과를 달성할 수 없다는 IFSP 팀의 결정에 대한 근거는 무엇입니까?

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

**시각 장애인 또는 청각 장애인 아동을 위한 서비스**

시각 장애인을 위한 메릴랜드 학교에 관한 정보가 부모님께 제공되었습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 해당 없음
청각 장애인을 위한 메릴랜드 학교에 관한 정보가 부모님께 제공되었습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 해당 없음



자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

### 파트 V - 내 자녀의 전환 계획 섹션 A - 전환 확인

전환은 조기 개입 서비스에서 가족의 참여를 통해 일어납니다. 병원에 있다가 가정으로 옮기거나, 새로운 보육 시설로 옮기거나, 또는 부모가 새로운 일을 시작할 때 등 비공식적으로 전환이 발생하는 경우가 있습니다. 전환은 조기 개입에서 커뮤니티나 학교의 다른 프로그램 등으로 옮겨 가는 것도 의미합니다. IFSP 팀은 어떠한 유형의 전환이든 원활한 진행을 계획하도록 도와 드릴 수 있습니다.

**확인된 전환:**

<input type="checkbox"/> 3세 전에 전환	전환 계획 참고 사항/향후 단계 진행
-----------------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/> 3세에 전환	
---------------------------------	--

<b>전환 계획 회의 날짜(33개월까지 열어야 함):</b>	
전환 계획 회의가 자녀가 33개월이 된 후에 열린 경우, 아래에서 이유에 해당하는 응답을 선택하십시오. <b>(하나만 선택하십시오.)</b> <input type="checkbox"/> 가족에게 연락하지 못함 <input type="checkbox"/> 자녀가 31.5개월 이후에 검사받음 <input type="checkbox"/> 가족이 회의 일정을 조정하거나 지연하도록 요청함 <input type="checkbox"/> 기타:	전환 계획 회의가 자녀의 3번째 생일 전에 전혀 열리지 않은 경우, 아래에서 이유에 해당하는 응답을 선택하십시오. <b>(하나만 선택하십시오.)</b> <input type="checkbox"/> 가족에게 연락하지 못함 <input type="checkbox"/> 자녀가 34.5개월 이후에 검사받음 <input type="checkbox"/> 가족이 회의에 참가하기를 거부함 <input type="checkbox"/> 기타:

**취학 전 아동 특수 교육 및 관련 서비스 자격의 고려(파트 B)**

<input type="checkbox"/> 부모가 파트 B 자격을 고려하기를 바람	<input type="checkbox"/> 부모가 파트 B 자격을 고려하지 않기를 바람
--	---

**초기 IEP 자격 결정 회의의 결과(특수 교육 직원이 완료할 예정)**

**특수 교육 직원:** 초기 IEP 자격 결정 회의 직후에 이 섹션을 완료하여 파트 C 데이터 입력에 제출하십시오. 초기 IEP 자격 결정 회의의 결과를 나타내는 문장을 선택하십시오.

<input type="checkbox"/> 자녀가 IFSP를 통한 지속적인 서비스 또는 IEP를 통한 취학 전 아동 특수 교육 및 관련 서비스를 받을 자격이 있는 것으로 결정되었습니다.	<input type="checkbox"/> 자녀가 IFSP를 통한 지속적인 서비스 또는 IEP를 통한 취학 전 아동 특수 교육 및 관련 서비스를 받을 자격이 없는 것으로 결정되었습니다.
--	--

**전환 계획 참고 사항/향후 단계 진행**

<input type="checkbox"/> 3세 후에 전환	
-----------------------------------	--

<b>전환 계획 회의 날짜:</b>	
전환 계획 회의가 자녀가 자격을 상실하기 전 90일이 지나서 열리는 경우, 아래에서 이유에 해당하는 응답을 선택하십시오. <b>(하나만 선택하십시오.)</b> <input type="checkbox"/> 가족에게 연락하지 못함 <input type="checkbox"/> 가족이 회의 일정을 조정하거나 지연하도록 요청함 <input type="checkbox"/> 기타:	전환 계획 회의가 자녀가 자격을 상실하기 전에 전혀 열리지 않은 경우, 아래에서 이유에 해당하는 응답을 선택하십시오. <b>(하나만 선택하십시오.)</b> <input type="checkbox"/> 가족에게 연락하지 못함 <input type="checkbox"/> 가족이 90일 기간 이전에 IEP 서비스를 선택함 <input type="checkbox"/> 가족이 회의에 참가하기를 거부함 <input type="checkbox"/> 기타:

**특수 교육 및 관련 서비스의 고려(파트 B)**

자녀의 4번째 생일 후 학년 시작 전

<input type="checkbox"/> 부모가 IEP를 통한 취학 전 아동 특수 교육 및 관련 서비스를 원함
---

자녀 이름:		ID 번호:		IFSP 회의 날짜:	
--------	--	--------	--	-------------	--

부모가 IEP를 통한 취학 전 아동 특수 교육 및 관련 서비스를 원하지 **않음**

**자녀의 4번째 생일 후 학년 시작 시**

부모가 IEP를 통한 취학 전 아동 특수 교육 및 관련 서비스를 원함

부모가 IEP를 통한 취학 전 아동 특수 교육 및 관련 서비스를 원하지 **않음**

*전환 계획 참고 사항/향후 단계 진행*

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

파트 V - 내 자녀의 전환 계획  
 섹션 B - 전환 계획

**전환 계획 참고 사항/향후 단계**

**커뮤니티 서비스**

가족에게 커뮤니티 서비스에 대한 설명을 들었습니까?  예  아니요 **예라고 답한 경우, 해당하는 서비스를 선택하십시오.**

발달/의료/건강	보육/계발	가족 지원
<input type="checkbox"/> 발달 치료 (파트 C 및 파트 B 제외) <input type="checkbox"/> 장비/장치 <input type="checkbox"/> 가정 방문 간호 <input type="checkbox"/> 예방 접종 <input type="checkbox"/> 정신 건강 서비스 <input type="checkbox"/> 일차 건강 관리 <input type="checkbox"/> 여성, 영아, 아동을 위한 특별 보조 영양 프로그램(WIC)	<input type="checkbox"/> 캠프 <input type="checkbox"/> 이븐 스타트 <input type="checkbox"/> 가족 어린이집 <input type="checkbox"/> 그룹 보육 시설 <input type="checkbox"/> 헤드 스타트 <input type="checkbox"/> 취학 전 아동의 부모를 위한 가정 교육(HIPPY) <input type="checkbox"/> Judy Center <input type="checkbox"/> 놀이 그룹 <input type="checkbox"/> 취학 전 아동 프로그램: <input type="checkbox"/> 공개 <input type="checkbox"/> 비공개 <input type="checkbox"/> 레크리에이션 프로그램	<input type="checkbox"/> 가족 지원 센터 <input type="checkbox"/> 가족 지원 네트워크/취학 전 파트너 <input type="checkbox"/> 가정 방문 프로그램(구체적으로 지정): _____ <input type="checkbox"/> 부모 교육 <input type="checkbox"/> 지원 그룹 <input type="checkbox"/> 기타: _____
		<b>기타 커뮤니티 서비스</b>

**전환 계획 참고 사항/향후 단계**

활동	일정	담당자
----	----	-----

자녀 이름:		ID 번호:		IFSP 회의 날짜:	
--------	--	--------	--	-------------	--

--	--	--

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

**파트 VI – 부모 동의(3 세 이하)**  
**가족 선택: IFSP 서비스의 지속 동의 또는 종료 요청**

**가족이 선택할 수 있습니다.**

- 나/우리는 연례 통지 “조기 개입 서비스를 받고 있는 자녀가 3세가 될 경우 다음 단계에 대한 가족 안내 – 가족이 선택할 수 있습니다”의 사본을 받았습니다.
- 나/우리는 IDEA(장애인교육법)에 따라 개별화 가족 서비스 계획(IFSP)을 통해 제공된 조기 개입 서비스와 IDEA에 따라 IEP(개별화 교육 프로그램)를 통해 제공되는 취학 전 아동 특수 교육 서비스의 차이에 대한 안내를 받았습니다.
- 나/우리는 내/우리 자녀에게 현재 IFSP가 있고 내/우리 자녀가 IDEA에 따라 장애가 있는 아동으로서 취학 전 아동 특수 교육을 받을 자격이 있다는 것을 알고 있습니다.
- 나/우리는 IFSP를 통해 계속 조기 개입 서비스를 받거나 IEP를 통해 취학 전 아동 특수 교육 서비스를 시작하는 IFSP 옵션 중에서 선택할 수 있는 나/우리의 권리에 대한 안내를 받았습니다.
- 나/우리는 나/우리가 내/우리 자녀가 IEP를 통해 서비스를 받고 IFSP 서비스를 종료하도록 선택할 경우, 내/우리 자녀와 가족이 IFSP에 대한 자격을 상실하게 된다는 것을 알고 있습니다.
- 나/우리는 나/우리가 내/우리 자녀가 IFSP를 통해 서비스를 받도록 선택할 경우, 언제든지 나/우리가 IFSP를 통한 조기 개입 서비스의 참여를 종료하고 IEP를 통한 취학 전 아동 특수 교육 서비스를 시작하도록 선택할 수 있다는 것을 알고 있습니다.
- 나/우리는 확대된 IFSP 옵션에 따라 IEP를 통한 서비스를 시작할 때까지 지역의 담당 기관에서 IFSP 서비스를 계속 제공해야 한다는 것을 알고 있습니다. 그러나, 나/우리가 IEP 옵션을 선택하지만 IEP 팀에서 개발한 IEP에서 제공하는 특수 교육 및 관련 서비스에 동의할 경우, 나/우리는 IFSP 서비스가 종료된다는 것을 알고 있습니다.
- 나/우리는 내/우리가 IFSP 서비스를 지속해서 받는 데 자발적으로 동의하는 것이며 나/우리가 언제든지 동의를 철회할 수 있다는 것을 알고 있습니다.

**가족 선택**

- 하나를 선택하십시오.
- 나/우리는 내/우리 자녀의 3세 생일 후에도 IFSP를 통해 내/우리 자녀와 가족이 조기 개입 서비스를 **지속**하는 데 동의합니다.
  - 나/우리는 IFSP를 통해 내/우리 자녀와 가족의 조기 개입 서비스가 3세에 **종료**될 것을 요구합니다.

부모/보호자/대리인 서명 날짜

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

부모/보호자/대리인 서명

날짜

파트 VII – 허가  
 섹션 A – IDEA 동의

**허가**

**부모/보호자/대리인 서명 동의**

- 본인은 본 개별화 가족 서비스 계획(IFSP)에 참여할 기회를 제공받았으며 IFSP 모임에 대해 적절한 통지를 받았습니다.
- 본인은 부모의 권리: 메릴랜드 절차상 보호 규약 통지와 메릴랜드의 조기 중재 시스템에 대한 가족용 핸드북을 통해 본 프로그램의 부모 권리에 대해 알게 되었습니다.
- 조기 중재 서비스는 IFSP에 설명된 대로 제공될 것입니다. 본인은 IFSP가 적어도 6개월마다 검토된다는 점을 알고 있습니다.
- 본인은 자발적으로 동의하는 것이며 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다.
- FERPA(가족 교육 권리 및 사생활 보호법)의 규정하에 공개되는 경우를 제외하고 본인이 서명한 서면 동의 없이 기록이 공개되지 않음을 인지하고 있습니다. 본 법률을 통해 조기 중재 프로그램에 참여하는 참여 기관에 조기 중재 기록이 제공될 수 있습니다.
- 본인은 주별 데이터베이스를 통해 공공 기관이 정보를 제출할 것임을 알고 있습니다. 본 데이터베이스는 메릴랜드주 교육부(MSDE) 및 기타 주 정부 기관에서 프로그램 기금 마련을 위해 사용됩니다.
- IFSP 팀은 본인의 언어 또는 기타 통신 방법을 통해 본인에게 결정 사항을 알려줬습니다.
- 본 계획은 본인의 자녀와 가족에게 중요한 결과를 반영합니다.
- 본인은 계획 및 부모 권리를 이해하고, 본 IFSP를 구현하도록 허가합니다.

부모/보호자/대리인 서명

날짜

자녀 이름:		ID 번호:		IFSP 회의 날짜:	
--------	--	--------	--	-------------	--

자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

**파트 VII - 허가**  
**섹션 B - 의료 지원(MA) 동의**

**허가**

**부모/보호자/대리인 서명 동의**

제공 기관에서는 청구의 목적으로 학생의 개인 식별 정보를 메릴랜드 MDH(보건 위생 부서)와 주의 의료 지원(MA) 프로그램 관리 기관에 제공해야 하는 경우, FERPA(가족교육권 및 프라이버시에 관한 법률) 및 IDEA(장애인교육법)에 따라 먼저 부모의 동의를 얻어야 합니다. 동의할 경우 귀하는 공립 기관에서 자녀의 메디케이드에 접근하여 자녀에게 제공된 서비스 비용을 지급할 수 있다는 내용을 이해하고 이에 대한 서면 동의를 하는 것으로 간주합니다.

**자녀에게 조기 중재 서비스를 제공하기 위해 제공 기관은 다음을 요구하거나 사용할 수 없습니다.**

- 자녀에게 IDEA 서비스를 제공하기 위해 주의 MA 프로그램에 가입 또는 등록하도록 요구할 수 없습니다.
- 서비스 신청서 작성에 따른 공제액 또는 고용인 부담 금액 등의 현금 지급 비용을 발생시키도록 요구할 수 없습니다.
- 다음과 같은 결과가 예상되는 경우 의료 지원에 따른 자녀의 혜택을 사용할 수 없습니다.
  - 종신 혜택 또는 기타 모든 보장 혜택이 감소할 경우
  - 의료 지원에서 보장하는 서비스 또는 자녀가 학교 외부에 있을 때 필요한 서비스에 대한 비용을 가족이 지급하게 되는 경우
  - 보험료가 상승하거나 혜택 또는 보험 종료의 결과로 이어지는 경우 또는
  - 건강과 관련된 총지출에 따른 가정 및 커뮤니티 기반 면제 자격에 대한 위험 손실로 이어지는 경우

귀하에게는 해당 주의 의료 지원 프로그램을 대상으로 개인 식별 정보를 공개한다는 동의 내용을 언제든지 철회할 권리가 있습니다. 제공 기관이 자녀의 개인 식별 정보를 공개하지 못하도록 동의를 철회하는 경우에도 부모에게 비용을 부과하지 않고 자녀에게 필요한 모든 서비스를 제공해야 하는 제공 기관의 책임이 면제되는 것이 아님을 인지하고 있습니다.

자녀가 MA 대상입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	MA 번호:
---------------	---	--------

- 초기 중재 서비스 사례 관리에 동의하며, 이 IFSP에 명시된 서비스 중재자가 MA 서비스 중재자(COMAR 10.09.40)로 임명될 것임에 동의합니다. 본인은 자녀의 MA 서비스 코디네이터를 자유롭게 선택할 수 있음을 인지하고 있습니다. 지금 다음 서비스 코디네이터를 승인합니다.

**MA 서비스 코디네이터 이름:**

**MA 서비스 코디네이터 이름:**

- 차후에 MA 서비스 코디네이터를 변경하고 싶을 경우 중재 프로그램에 미리 전화하여 변경할 수 있음을 인지하고 있습니다.
- 이 서비스의 목적은 필요한 의료 서비스, 사회적 서비스, 교육 서비스 및 기타 서비스에 접근할 수 있도록 지원하는 것임을 인지하고 있습니다.
- 의료 지원 혜택에 대한 접근을 위해 제공 기관이 자녀의 개인 식별 정보를 주의 의료 지원 프로그램에 공개하는 것에 동의합니다.
- 서비스 제공 기관이 서비스 조정을 위한 비용 및 자녀의 IFSP 목적 구현과 관련된 건강 관련 서비스 비용을 Medicaid(저소득층 의료 보험 제도)를 통해 충당할 수 있도록 허가합니다.
- 서비스 제공 기관이 MA 자금을 받는 것을 본인이 거부할 경우 부모에게 비용을 부과하지 않고 자녀에게 필요한 모든 서비스를 제공해야 하는 제공 기관의 책임이 면제되는 것이 아님을 인지하고 있습니다.
- 이 서비스는 본인의 자녀가 다른 MA 혜택을 받을 수 있는 자격을 제한하거나 영향을 주지 않음을 인지하고 있습니다. 또한 본인의 자녀가 여러 가지 사례 관리 유형의 자격에 적합할 경우 유사한 유형의 서비스를 받지 못할 수 있음을 인지하고 있습니다.



자녀 이름:	ID 번호:	IFSP 회의 날짜:
--------	--------	-------------

부모/보호자/대리인 서명

날짜

개별화 가족 서비스 계획(IFSP)

사전 서면 통지

회의 목적	제안 및/또는 거절된 조치	무효 상태의 사유(하나만 선택하십시오.)
(해당하는 항목을 모두 선택하십시오.)	(IFSP 를 계속하거나, 수정하거나, 종료하려면 하나를 선택하십시오.)	무효 날짜:
<input type="checkbox"/> 중급 <input type="checkbox"/> 초기 IFSP <input type="checkbox"/> 6 개월 검토 <input type="checkbox"/> 기타 검토 <input type="checkbox"/> 연간 검토	<input type="checkbox"/> IFSP 시작 <input type="checkbox"/> IFSP 계속 <input type="checkbox"/> IFSP 수정(해당하는 항목을 모두 선택하십시오.) <input type="checkbox"/> 서비스 추가 <input type="checkbox"/> 서비스 추가 <input type="checkbox"/> 서비스 수정 <input type="checkbox"/> 서비스 종료 <input type="checkbox"/> 결과 추가/수정 <input type="checkbox"/> 전환 계획-3 세 <input type="checkbox"/> 전환 계획-3 세 이후 <input type="checkbox"/> 종료 IFSP(이 항목을 선택한 경우 “무효 상태의 사유” 섹션을 기재하십시오.)	<input type="checkbox"/> 부적격으로 결정됨-경사만 받음(출생 시-3 세) <input type="checkbox"/> 부적격으로 결정됨-자녀가 자격이 된 적이 없음(출생 시-3 세) <input type="checkbox"/> 연락할 수 없음(출생 시-4 세) <input type="checkbox"/> 부모 철회(출생 시-4 세) <input type="checkbox"/> 3 세가 되기 전에 IFSP 종료(출생 시-3 세) <input type="checkbox"/> 3 세에 전환-IFSP 계속 안 함(출생 시-3 세) <input type="checkbox"/> 3 세 후에 전환(3 세-4 세) <input type="checkbox"/> 3 세 후에 IFSP 종료(3 세-4 세) <input type="checkbox"/> 4 번째 생일 후 유치원 시작 전에 전환 <input type="checkbox"/> 다른 관할 지역으로 이동(출생 시-4 세) 관할 지역명: _____ <input type="checkbox"/> 주에서 이사감(출생 시-4 세) <input type="checkbox"/> 사망함(출생 시-4 세)

제안 및/또는 거절된 조치의 설명 및 각 조치에 대한 해명:

부모의 권리 - 메릴랜드주 절차상 보호 규약 통지

발달 지연/장애가 있는 자녀의 부모는 첨부된 “부모의 권리-메릴랜드주 절차상 보호 규약 통지”에 설명된 바와 같이, 부모가 제안 및/또는 거절된 조치에 동의하지 않을 경우 조정을 요청하거나 적법 절차 이의를 제기할 권리와 주 정부 상대 이의를 제기할 권리를 포함하여 특정 절차상 보호 규약에 따라 권리를 행사할 수 있습니다.

- 부모에게 “ 부모의 권리-메릴랜드주 절차상 보호 규약 통지”의 사본이 제공됨
- 부모가 다른 사본을 거부함

자녀 이름:		ID 번호:		IFSP 회의 날짜:	
--------	--	--------	--	-------------	--

**가족 지원 서비스**

로컬 가족 지원 네트워크/취학 전 파트너 정보:

주 내 수신자 부담 가족 지원 서비스 안내 전화: **1-800-535-0182**  
메릴랜드주 교육부 특수 교육/조기 개입 서비스과(Division of Special Education/Early Intervention Services)의 서비스