



PROGRAMA DE BEBÊS E CRIANÇAS PEQUENAS DE MARYLAND

# Plano de atendimento individualizado à família (IFSP)

<b>Data de encaminhamento:</b>		<b>Data de reunião do IFSP:</b>		<b>Tipo de reunião:</b>	<input type="checkbox"/> Provisória	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Revisão de 6 meses	<input type="checkbox"/> Outra revisão	<input type="checkbox"/> Anual
--------------------------------	--	---------------------------------	--	-------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---	--	--------------------------------

## Informações da criança e da família

<b>Nome da criança (Nome/nome do meio/sobrenome):</b>									
<b>Data de nascimento:</b>		<b>Número de ID:</b>		<b>Número MA:</b>					
<b>Endereço:</b>				<b>Telefone residencial:</b>					
<b>Nome do pai/mãe/responsável legal/mãe de aluguel:</b>									
<b>Endereço:</b>				<b>Telefone residencial:</b>					
<b>Endereço:</b>				<b>Telefone comercial:</b>					
<b>E-mail:</b>				<b>Telefone celular:</b>					
<b>Melhor horário de contato:</b>		<b>Melhor método de contato:</b>	<input type="checkbox"/> Telefone residencial	<input type="checkbox"/> Telefone comercial	<input type="checkbox"/> Telefone celular	<input type="checkbox"/> E-mail			

## Membros da equipe do IFSP

Os seguintes membros de equipe contribuíram para o desenvolvimento deste IFSP:

*Pai/mãe/responsável legal/mãe de aluguel*

*Pai/mãe/responsável legal/mãe de aluguel*

*Coordenador de atendimento*

*Avaliador/assessor/provedor*

*Interino/coordenador de serviços alternativos (se aplicável)*

*Avaliador/assessor/provedor*

*Líder representante da agência (se aplicável)*

*Outro participante, cargo          agência*

## Informações do coordenador de atendimento

*Em caso de dúvidas sobre este IFSP ou algumas das pessoas que estiver trabalhando com seu filho e sua família, entre em contato com o coordenador de atendimento.*

Nome do coordenador de atendimento:

Agência:

Endereço

Telefone comercial:

E-mail:

## Datas de reunião previstas do IFSP

Revisão de seis meses do IFSP	Revisão anual do IFSP	Reunião de planejamento de transição

<b>Tradução para o idioma nativo:</b>	Os pais foram informados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/D	Os pais solicitaram? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------------	--	--

Nome da criança:	Número de ID:	Data de reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

**PARTE I – INFORMAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO MEU FILHO**  
**Seção A — Informações de saúde**

**Saúde geral**

Qual era a idade gestacional do seu filho no \_\_\_\_\_ Seman \_\_\_\_\_ Dias  
nascimento? as

Qual era o peso do seu filho? \_\_\_\_\_ Libras \_\_\_\_\_ Onças OU \_\_\_\_\_ Gramas

Quem é o seu clínico geral ou outro profissional de saúde? Telefone: \_\_\_\_\_

**VACINAÇÕES**

As vacinas do seu filho estão em dia?  Sim  Não  Não tenho certeza  N/D

*Assegure-se de que a família entende os requisitos escolares de vacinação na época que a criança estiver pronta para ser transferida para o programa de primeira infância da comunidade/escola.*

**EXAME/TESTE DE DETECÇÃO DE CHUMBO**

O nível de chumbo do seu filho foi examinado?  Sim  Não  Se **SIM**, qual foi o nível? \_\_\_\_\_

O nível de chumbo do seu filho causa alguma preocupação?  Sim  Não  Se a resposta for **SIM**, explique. \_\_\_\_\_

**NUTRIÇÃO**

A alimentação, a nutrição geral ou o crescimento do seu filho causam alguma preocupação?  Sim  Não   
Se a resposta for **SIM**, explique.

**PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE GERAIS**

**Considere o atual estado de saúde do seu filho.** Há algum aspecto da saúde do seu filho (equipamento especial, alergias, outras informações mentais ou físicas) que a equipe deve saber para planejar e oferecer melhores serviços ao seu filho e à família, incluindo, diagnósticos específicos?

Nome da criança:	Número de ID:	Data de reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

**PARTE I – INFORMAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO MEU FILHO**  
**Seção B — Avaliação de elegibilidade**

**Status da avaliação:**  Elegibilidade inicial  Continuação de elegibilidade

**Avaliação de desenvolvimento**

	Data da avaliação (MM/DD/AA)	Nome da ferramenta de avaliação	Idade cronológica	Idade ajustada (se aplicável)	Nível de idade/ Faixa etária	Descrição qualitativa		
COGNITIVO								
COMUNICATIVO								
SOCIAL/EMOCIONAL								
ADAPTATIVO								
FÍSICO	Coordenação motora fina							
	Coordenação motora grossa							
	Audição	Seu filho foi aprovado na triagem auditiva neonatal universal?				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N/D
		Seu filho passou por consulta com um audiologista para fazer uma avaliação auditiva completa?				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
		A audição do seu filho causa alguma preocupação?				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	Resultados da avaliação/observação:							
	Visão:	A visão do seu filho foi examinada?				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
		A visão do seu filho causa alguma preocupação?				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Resultados da avaliação/observação:								

**Elegibilidade**

*Seu filho é elegível para serviços de intervenção precoce com base nos resultados do processo de avaliação de desenvolvimento.*

*A elegibilidade baseia-se na ÚNICA categoria marcada abaixo.*

**ATRASSO NO DESENVOLVIMENTO DE PELO MENOS 25%**

Seu filho é elegível para os serviços de intervenção precoce porque está experimentando um atraso de pelo menos 25% em uma ou mais áreas de desenvolvimento.

**DESENVOLVIMENTO OU COMPORTAMENTO ATÍPICO**

Seu filho é elegível para os serviços de intervenção precoce porque está demonstrando um desenvolvimento ou comportamento atípico em uma ou mais áreas de desenvolvimento, que provavelmente gerará um atraso.

**DIAGNÓSTICO DE UMA DOENÇA FÍSICA OU MENTAL COM ALTA PROBABILIDADE DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**

Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

Seu filho é elegível para os serviços de intervenção precoce porque apresenta a seguinte doença física ou mental diagnosticada, que muito provavelmente gerará um atraso no desenvolvimento:

Nome da criança:	Número de ID:	Data de reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

**PARTE II – HISTÓRIA DO MEU FILHO E DA FAMÍLIA**  
**Seção A — Avaliação: Rotinas/atividades e ambientes naturais**

*A finalidade dos serviços de intervenção precoce é apoiar a participação bem-sucedida do seu filho nas atividades diárias em casa e na comunidade que sejam importantes para você e sua família. Assim, é fundamental entender as capacidades funcionais do seu filho nessas atividades e situações. Você pode compartilhar as informações que desejar.*

Avaliação da criança e da família (marque a avaliação usada):

<input type="checkbox"/>	Entrevista baseada nas rotinas (RBI) Vá para Parte II Seção B
<input type="checkbox"/>	Escala para a avaliação da satisfação das famílias nas rotinas (SAFER) Vá para Parte II Seção B
<input type="checkbox"/>	Seção de rotinas e atividades diárias do IFSP
<input type="checkbox"/>	Família recusou fazer a avaliação voltada para a família

<b>ROTINAS E ATIVIDADES DIÁRIAS</b>	<b>DATA:</b>
-------------------------------------	--------------

Rotina/atividade	O que está acontecendo agora, com quem e onde?	Como está indo?
<input type="checkbox"/> Acordar	<i>Como seu filho interage e se relaciona com os outros durante essa atividade?</i>	<input type="checkbox"/> Indo bem
<input type="checkbox"/> Vestir-se		
<input type="checkbox"/> Trocar fralda/ir ao banheiro	<i>Como seu filho está aprendendo essa atividade para participar bem dela?</i>	<input type="checkbox"/> Algumas preocupações
<input type="checkbox"/> Refeição/lanches		
<input type="checkbox"/> Brincar	<i>Que tipos de comportamento seu filho está usando para satisfazer desejos e necessidades nessa atividade? Qual o grau de independência dele?</i>	<input type="checkbox"/> Muitas preocupações
<input type="checkbox"/> Transições		
<input type="checkbox"/> Excursões		O que você gostaria que mudasse?
<input type="checkbox"/> Tempo na creche		
<input type="checkbox"/> Tempo com a família, amigos, outras crianças		
<input type="checkbox"/> Hora do banho		
<input type="checkbox"/> Hora da leitura		
<input type="checkbox"/> Sonecas/hora de dormir		
<input type="checkbox"/> Outros		

Rotina/atividade	O que está acontecendo agora, com quem e onde?	Como está indo?
<input type="checkbox"/> Acordar	<i>Como seu filho interage e se relaciona com os outros durante essa atividade?</i>	<input type="checkbox"/> Indo bem
<input type="checkbox"/> Vestir-se		
<input type="checkbox"/> Trocar fralda/ir ao banheiro	<i>Como seu filho está aprendendo essa atividade para participar bem dela?</i>	<input type="checkbox"/> Algumas preocupações
<input type="checkbox"/> Refeição/lanches		
<input type="checkbox"/> Brincar	<i>Que tipos de comportamento seu filho está usando para satisfazer desejos e necessidades nessa atividade? Qual o grau de independência dele?</i>	<input type="checkbox"/> Muitas preocupações
<input type="checkbox"/> Transições		
<input type="checkbox"/> Excursões		O que você gostaria que mudasse?
<input type="checkbox"/> Tempo na creche		

PLANO DE ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO À FAMÍLIA (IFSP) DE MARYLAND

Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

<input type="checkbox"/> Tempo com a família, amigos, outras crianças <input type="checkbox"/> Hora do banho <input type="checkbox"/> Hora da leitura <input type="checkbox"/> Sonecas/hora de dormir <input type="checkbox"/> Outros		
---	--	--



Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

Outros

Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

**PARTE II – HISTÓRIA DO MEU FILHO E DA FAMÍLIA**

**Seção C — Resumo da avaliação: Atuais níveis de desenvolvimento funcional**

*Durante o processo de avaliação de elegibilidade, analisamos o desenvolvimento do seu filho em cinco áreas. Durante o processo de avaliação da criança e da família, coletamos informações sobre as habilidades funcionais do seu filho em atividades e rotinas diárias. As habilidades funcionais das crianças mesclam áreas de desenvolvimento, portanto combinamos e resumimos todos os pontos fortes, habilidades funcionais e necessidades em três áreas de resultados funcionais. Este é o resumo do que descobrimos para que o nosso plano se encaixe bem nos pontos fortes de desenvolvimento e interesses do seu filho. As fontes de informação podem incluir conversas que tivemos com você, observações do seu filho em rotinas diárias, avaliações de elegibilidade, atividades de avaliação da criança e da família e relatórios externos.*

*Além disso, juntos, avaliaremos e identificaremos como o funcionamento do seu filho nessas três áreas se compara a outras crianças na mesma idade. Isso nos ajuda a lhe dar suporte no desenvolvimento e na participação do seu filho*

Além da Avaliação de elegibilidade (Parte I, Seção B) e da Avaliação da criança e da família (Parte II, Seções A e B), indique quaisquer outras avaliações, com a data de realização, que utilizou para elaborar este resumo:

Avaliação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Avaliação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Observação:** Pontos fortes e necessidades em todas as áreas de desenvolvimento, inclusive: Cognitivo, comunicativo (expressivo e receptivo), social e emocional, adaptativo, adaptativo/autoajuda, coordenação motora fina e coordenação motora grossa devem ser abordados funcionalmente no contexto de:

***Desenvolvimento de habilidades e relacionamentos sociais positivos, aquisição e uso de conhecimento e habilidades e uso de comportamentos adequados para atender às necessidades.***

**Desenvolvimento de habilidades e relacionamentos sociais positivos:**  
 Refere-se a como crianças se relacionam com as pessoas à sua volta — pais, cuidadores, irmãos e irmãs e outras crianças. Isso inclui várias habilidades diferentes, como comunicação, expressão adequada das emoções e controle do próprio comportamento. Ter relacionamentos sociais positivos também exige que as crianças sigam regras de interação, como esperar pela sua vez ou compartilhar.

<input type="checkbox"/> As habilidades da crianças são como as de uma criança muito mais nova. A criança demonstra habilidades precoces, porém ainda não as fundamentais no momento ou	<input type="checkbox"/> As habilidades da crianças são como as de uma criança muito mais nova. A criança tem algumas habilidades fundamentais emergentes ou fundamentais no momento que lhe ajudarão a	<input type="checkbox"/> As habilidades da crianças são como as de uma criança mais nova. A criança ainda não está usando as habilidades esperadas para a sua idade, porém usa muitas habilidades importantes e	<input type="checkbox"/> A criança demonstra uso ocasional de algumas habilidades esperadas para a idade, mas a maioria das suas habilidades ainda não está dentro do esperado para a idade nesta área	<input type="checkbox"/> A criança demonstra várias habilidades esperadas para a idade, mas continua demonstrando alguns funcionamentos que podem ser considerados de	<input type="checkbox"/> A criança tem as habilidades que esperamos para a idade dela nesta área, porém há preocupações.	<input type="checkbox"/> A criança tem todas as habilidades que esperamos de uma criança na idade dela nesta área.
---	---	--	---	--	---	---

Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
esperadas para a idade nesta área.	desenvolver as habilidades adequadas para a idade nesta área.	fundamentais no momento para progredir nesta área.	A criança ainda demonstra mais habilidades como as de uma criança mais nova.	uma criança um pouco mais nova nesta área.	
A criança apresentou alguma nova habilidade ou um novo comportamento relacionado a esta área desde o último resumo?				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/D

**PARTE II – HISTÓRIA DO MEU FILHO E DA FAMÍLIA**

**Seção C — Resumo da avaliação: Atuais níveis de desenvolvimento funcional (continuação)**

**Aquisição e uso de conhecimento e habilidades:** *Refere-se a habilidades de pensamento, aprendizagem, memória e resolução de problemas, conhecimento geral que as crianças adquirem sobre o seu mundo, como conceitos de mais e menos, cores e formas, histórias e livros, e uso deste conhecimento para participar de atividades rotineiras. Trata-se de aprendizagem precoce e como as crianças compreendem o mundo e adquirem as habilidades necessárias para serem bem-sucedidas na escola e posteriormente.*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As habilidades da crianças são como as de uma criança muito mais nova. A criança demonstra habilidades precoces, porém ainda não as habilidades fundamentais no momento ou esperadas para a idade nesta área.	As habilidades da crianças são como as de uma criança muito mais nova. A criança tem algumas habilidades fundamentais emergentes ou fundamentais no momento que lhe ajudarão a desenvolver as habilidades adequadas para a idade nesta área.	As habilidades da crianças são como as de uma criança mais nova. A criança ainda não está usando as habilidades esperadas para a sua idade, porém usa muitas habilidades importantes e fundamentais no momento para progredir nesta área.	A criança demonstra uso ocasional de algumas habilidades esperadas para a idade, mas a maioria das suas habilidades ainda não está dentro do esperado para a idade nesta área A criança ainda demonstra mais habilidades como as de uma criança mais nova.	A criança demonstra várias habilidades esperadas para a idade, mas continua demonstrando alguns funcionamentos que podem ser considerados de uma criança um pouco mais nova nesta área.	A criança tem as habilidades que esperamos para a idade dela nesta área, porém há preocupações.	A criança tem todas as habilidades que esperamos de uma criança na idade dela nesta área.
A criança apresentou alguma nova habilidade ou um novo comportamento relacionado a esta área desde o último resumo?				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N/D

**Uso de comportamentos adequados para satisfazer necessidades:** *Refere-se à capacidade das crianças de cuidarem de si mesmas e utilizarem formas apropriadas de obterem o que necessitam e desejam. Isso inclui atividades rotineiras, como comer, vestir-se, jogar com brinquedos, fazer escolhas e se deslocar de um lugar a outro, além do modo como elas reagem a desafios ou atrasos na obtenção do que desejam. Refere-se também à consciência e reação a situações que possam ser perigosas. Enfim, o foco disto está na independência emergente.*

Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

<input type="checkbox"/> As habilidades da crianças são como as de uma criança muito mais nova. A criança demonstra habilidades precoces, porém ainda não as habilidades fundamentais no momento ou esperadas para a idade nesta área.	<input type="checkbox"/> As habilidades da crianças são como as de uma criança muito mais nova. A criança tem algumas habilidades fundamentais emergentes ou fundamentais no momento que lhe ajudarão a desenvolver as habilidades adequadas para a idade nesta área.	<input type="checkbox"/> As habilidades da crianças são como as de uma criança mais nova. A criança ainda não está usando as habilidades esperadas para a sua idade, porém usa muitas habilidades importantes e fundamentais no momento para progredir nesta área.	<input type="checkbox"/> A criança demonstra uso ocasional de algumas habilidades esperadas para a idade, mas a maioria das suas habilidades ainda não está dentro do esperado para a idade nesta área. A criança ainda demonstra mais habilidades como as de uma criança mais nova.	<input type="checkbox"/> A criança demonstra várias habilidades esperadas para a idade, mas continua demonstrando alguns funcionamentos que podem ser considerados de uma criança um pouco mais nova nesta área.	<input type="checkbox"/> A criança tem as habilidades que esperamos para a idade dela nesta área, porém há preocupações.	<input type="checkbox"/> A criança tem todas as habilidades que esperamos de uma criança na idade dela nesta área.
A criança apresentou alguma nova habilidade ou um novo comportamento relacionado a esta área desde o último resumo?				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N/D

Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

**PARTE II – RESULTADOS DO MEU FILHO E DA FAMÍLIA**

**Resultados da criança e da família**

*Estas informações lhe ajudarão a dar suporte à participação do seu filho em atividades e rotinas diárias com base nas suas prioridades para a aprendizagem e o desenvolvimento dele. As atividades que você focar como resultados servem de medida para o progresso do seu filho, mas não serão as únicas atividades nas quais trabalhará com a sua equipe.*

O Programa de bebês e crianças pequenas dá suporte aos adultos que interagem regularmente com o seu filho. Como os adultos na vida do seu filho aprendem melhor (lendo, fazendo, ouvindo, assistindo)?

<b>Nº DO RESULTADO</b>	<i>Resultados são funcionais, mensuráveis e ocorrem no contexto de atividades e rotinas diárias.</i>
------------------------	--

O que gostaríamos que acontecesse na nossa atividade/rotina diária?	Como saberemos que alcançamos o objetivo? Até quando?

**ESTRATÉGIAS**

O que está sendo feito no momento para atingir esse resultado? Quais são algumas estratégias iniciais a começar/manter?

**Estratégias adicionais e contínuas relacionadas a este resultado serão desenvolvidas juntamente com você durante as primeiras visitas de intervenção.**

Este resultado do IFSP refere-se a:

- Desenvolvimento de relacionamentos sociais positivos pelo seu filho
- Aquisição e uso de conhecimento e habilidades pelo seu filho
- Uso de comportamentos adequados pelo seu filho para satisfazer necessidades
- Resultado familiar

<b>RESULTADOS EDUCACIONAIS VISADOS (necessário a partir dos 3 anos)</b>	<input type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/> Aritmética <input type="checkbox"/> Pré-alfabetização
---	--

**REVISÃO DE PROGRESSO DOS RESULTADOS**

<b>Códigos de revisão: <i>Selecione o código que melhor se aplica.</i></b> 1- Atingido — <i>Conseguimos!</i> 2- Em andamento — <i>Estamos progredindo.</i> 3- Precisa de modificação — <i>Vamos fazer ajustes.</i> a. <i>Revisar resultado</i>	<b>Código</b> :	<b>Data:</b>	<b>Iniciais:</b>	<b>Comentários:</b>

Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

b. <i>Alterar serviço</i> c. <i>Outros</i> _____				
4- Não mais necessário — <i>Vamos nos concentrar em outro aspecto.</i>				
5- Adiado				

**PARTE IV – NOSSOS SUPORTES E SERVIÇOS DE INTERVENÇÃO PRECOCE**

**Resumo dos serviços de intervenção precoce**

*Os suportes e serviços são determinados após a elaboração dos resultados funcionais do IFSP. Eles têm como objetivo melhorar a capacidade das famílias de apoiar a aprendizagem e o desenvolvimento da criança por meio da participação funcional em atividades familiares e comunitárias. Cada agência ou pessoa que tiver uma função direta na prestação de serviços de intervenção precoce é responsável por apoiar a família para que os resultados neste IFSP sejam atingidos.*

PRESTADOR PRINCIPAL	COORDENADOR DE	SERVIÇO DE INTERVENÇÃO PRECOCE	INTENSIDADE	FREQUÊNCIA			AMBIENTE DO SERVIÇO	DURAÇÃO	
			<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Em grupo	Com qual frequência?	Nº de sessões	Nº de minutos por sessão	<input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Na comunidade <input type="checkbox"/> Outro* *Fornecer justificativa	Data de início prevista	Data de término prevista
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Em grupo				<input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Na comunidade <input type="checkbox"/> Outro* *Fornecer justificativa		
NOME DO COORDENADOR DE ATENDIMENTO:				INFORMAÇÕES DE CONTATO:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Em grupo				<input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Na comunidade <input type="checkbox"/> Outro* *Fornecer justificativa		
NOME DO COORDENADOR DE ATENDIMENTO:				INFORMAÇÕES DE CONTATO:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Em grupo				<input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Na comunidade <input type="checkbox"/> Outro* *Fornecer justificativa		
NOME DO COORDENADOR DE ATENDIMENTO:				INFORMAÇÕES DE CONTATO:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Em grupo				<input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Na comunidade <input type="checkbox"/> Outro* *Fornecer justificativa		
NOME DO COORDENADOR DE ATENDIMENTO:				INFORMAÇÕES DE CONTATO:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Em grupo				<input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Na comunidade <input type="checkbox"/> Outro* *Fornecer justificativa		

Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

<b>NOME DO COORDENADOR DE ATENDIMENTO:</b>	<b>INFORMAÇÕES DE CONTATO:</b>
--	--------------------------------

**Discussão da prestação de serviços de intervenção precoce:**

  
  
  
  

**\*Se um serviço de intervenção precoce não for prestado em um ambiente natural, qual a justificativa para a decisão da equipe de IFSP de que os resultados não podem ser obtidos no ambiente natural?**

  
  
  

**SERVIÇOS PARA CRIANÇAS CEGAS/DEFICIENTES VISUAIS OU SURDAS/DEFICIENTES AUDITIVAS**

Os pais receberam informações sobre a Maryland School for the Blind (Escola para cegos de Maryland)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N/D
Os pais receberam informações sobre a Maryland School for the Deaf (Escola para surdos de Maryland)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N/D

Nome da criança:	Número de ID:	Data de reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

**PARTE V – PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO DO MEU FILHO**  
**Seção A — Identificação de transições**

*As transições acontecem durante todo o envolvimento da família nos serviços de intervenção precoce. Algumas são informais, como a transição para casa após estar no hospital, ou para um novo provedor de cuidados infantis, ou quando um dos pais começa um novo emprego. As transições referem-se também à saída da intervenção precoce e possivelmente para outro programa na comunidade ou na escola. Sua equipe do IFSP pode lhe ajudar a planejar transições suaves de todos os tipos.*

**TRANSIÇÕES IDENTIFICADAS:**

<input type="checkbox"/> <b>Transição antes dos 3 anos</b>	<b>Prossiga para OBSERVAÇÕES DE PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO/FUTURAS ETAPAS</b>
--	--

**Transição aos 3 anos**

<b>DATA DA REUNIÃO DE PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO (deve ser até os 33 meses):</b>	
---	--

<p>Se a reunião de planejamento de transição <b>for realizada depois que a criança completar 33 meses de idade</b>, marque a resposta abaixo que fornece uma explicação. <b>(Marque apenas uma opção.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> As tentativas de entrar em contato com a família não deram certo</p> <p><input type="checkbox"/> A criança foi encaminhada aos 31,5 meses de idade ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> A família pediu para reagendar ou adiar a reunião</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p>	<p>Se nenhuma reunião de planejamento de transição <b>tiver sido realizada antes do terceiro aniversário da criança</b>, marque a resposta abaixo que fornece uma explicação. <b>(Marque apenas uma opção.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> As tentativas de entrar em contato com a família não deram certo</p> <p><input type="checkbox"/> A criança foi encaminhada aos 34,5 meses de idade ou mais</p> <p><input type="checkbox"/> A família recusou-se a participar da reunião</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p>
--	--

**CONSIDERAÇÃO DE ELEGIBILIDADE PARA EDUCAÇÃO ESPECIAL PRÉ-ESCOLAR E SERVIÇOS RELACIONADOS (PARTE B)**

<p><input type="checkbox"/> Os pais desejam considerar a elegibilidade para a Parte B</p> <p><input type="checkbox"/> Os pais <b>não</b> desejam considerar a elegibilidade para a Parte B</p>
--

**RESULTADOS DA REUNIÃO INICIAL DE DETERMINAÇÃO DE ELEGIBILIDADE PARA IEP (A SER PREENCHIDO PELA EQUIPE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL)**

**EQUIPE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL:** Preenche essa seção e envie-a para a Entrada de dados da parte C **imediatamente após** a reunião inicial de determinação de elegibilidade para IEP. *Marque a afirmação que indica os resultados da reunião da determinação de elegibilidade para IEP.*

<p><input type="checkbox"/> Determinou-se que a criança é <b>ELEGÍVEL</b> para serviços contínuos por meio de um IFSP <i>ou</i> uma educação especial pré-escolar e serviços relacionados por meio de um IEP.</p> <p><input type="checkbox"/> Determinou-se que a criança é <b>INELEGÍVEL</b> para serviços contínuos por meio de um IFSP <i>ou</i> uma educação especial pré-escolar e serviços relacionados por meio de um IEP.</p>
---

**Prossiga para OBSERVAÇÕES DE PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO/FUTURAS ETAPAS**

**Transição após os 3 anos**

<b>DATA DA REUNIÃO DE PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO:</b>	
--	--

<p>Se a reunião de planejamento de transição for realizada <b>mais de 90 dias após a criança deixar de ser elegível</b>, marque a resposta abaixo que fornece uma explicação. <b>(Marque apenas uma opção.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> As tentativas de entrar em contato com a família não deram certo</p> <p><input type="checkbox"/> A família pediu para reagendar ou adiar a reunião</p>	<p>Se nenhuma reunião de planejamento de transição <b>tiver sido realizada antes de a criança deixar de ser elegível</b>, marque a resposta abaixo que fornece uma explicação. <b>(Marque apenas uma opção.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> As tentativas de entrar em contato com a família não deram certo</p> <p><input type="checkbox"/> A família escolheu serviços de um IEP antes do intervalo de 90 dias</p> <p><input type="checkbox"/> A família recusou-se a participar da reunião</p>
--	--

Nome da criança:	Número de ID:	Data de reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------



<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outro:
---------------------------------	---------------------------------

**CONSIDERAÇÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL E SERVIÇOS RELACIONADOS (PARTE B)**

**Antes do início do ano letivo após o 4º aniversário da criança:**

Os pais desejam considerar educação especial pré-escolar e serviços relacionados por meio de um IEP

Os pais **não** desejam considerar educação especial pré-escolar e serviços relacionados por meio de um IEP

**No início do ano letivo após o 4º aniversário da criança:**

Os pais desejam considerar educação especial pré-escolar e serviços relacionados por meio de um IEP

Os pais **não** desejam considerar educação especial pré-escolar e serviços relacionados por meio de um IEP

***Prossiga para OBSERVAÇÕES DE PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO/FUTURAS ETAPAS***

Nome da criança:	Número de ID:	Data de reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

**PARTE V – PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO DO MEU FILHO**  
**Seção B — Planejamento de transição**

**Observações de planejamento de transição/futuras etapas**

**SERVIÇOS COMUNITÁRIOS**

A família está sendo encaminhada para serviços comunitários?  Sim  Não **Se SIM, marque os serviços aplicáveis.**

Desenvolvimento/médico/saúde	Cuidados infantis/aperfeiçoamento	Suporte à família
<input type="checkbox"/> Terapias de desenvolvimento (além da Parte C e Parte B) <input type="checkbox"/> Equipamentos/Dispositivos <input type="checkbox"/> Cuidados de saúde domiciliares <input type="checkbox"/> Vacinações <input type="checkbox"/> Serviços de saúde mental <input type="checkbox"/> Cuidados de saúde primários <input type="checkbox"/> Programa de mulheres, bebês e crianças (WIC)	<input type="checkbox"/> Acampamentos <input type="checkbox"/> Programa Even Start <input type="checkbox"/> Centro de dia para a família <input type="checkbox"/> Grupo de cuidados infantis <input type="checkbox"/> Programa Head Start <input type="checkbox"/> Instrução domiciliar para pais de crianças em idade pré-escolar (HIPPI) <input type="checkbox"/> Instituição Judy Center <input type="checkbox"/> Grupo de brincadeiras <input type="checkbox"/> Programa pré-escolar: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Programa de recreação	<input type="checkbox"/> Centro de suporte à família <input type="checkbox"/> Rede de suporte à família/parceiros pré-escolares <input type="checkbox"/> Programa de visitação domiciliar (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Educação de pais <input type="checkbox"/> Grupo de suporte <input type="checkbox"/> _____ O utro: _____
		<b>Outros serviços comunitários</b>

**OBSERVAÇÕES DE PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO/FUTURAS ETAPAS**

Atividades	Cronogramas	Pessoas responsáveis
------------	-------------	----------------------

PLANO DE ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO À FAMÍLIA (IFSP) DE MARYLAND

Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

--	--	--

Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

**PARTE VI – CONSENTIMENTO DOS PAIS (aos três anos ou antes)**

**Opção da família: Consentimento para continuidade ou solicitação de término de serviços do IFSP**

**As famílias têm opção**

- A família recebeu uma cópia da notificação anual, “A Family Guide to Next Steps When Your Child in Early Intervention Turns 3 — Families have a choice” (Guia da família para as próximas etapas quando seu filho em intervenção precoce completa 3 anos — As famílias têm opção).
- A família foi informada sobre as diferenças entre os serviços de intervenção precoce prestados por meio de um Plano de atendimento à família individualizado (IFSP) de acordo com a Lei de educação de indivíduos com deficiência (IDEA) e os serviços de educação especial pré-escolar prestados por meio de um Programa de educação individualizada (IEP) por meio da IDEA.
- A família compreende que a criança atualmente tem um IFSP e que foi considerada elegível para educação especial pré-escolar como criança com deficiência de acordo com a IDEA.
- A família foi informada do direito de escolher entre a opção do IFSP para continuar recebendo serviços de intervenção precoce por meio de um IFSP ou iniciar serviços pré-escolares de educação especial por meio de um IEP.
- A família compreende que se escolher a opção de a criança receber serviços por meio de um IEP e terminar os serviços do IFSP, ela e a família não mais seremos elegíveis para um IFSP.
- A família compreende que se optar que a criança receba serviços por meio de um IFSP, a qualquer momento ela pode encerrar a participação de serviços de intervenção precoce por meio de um IFSP e escolher iniciar serviços pré-escolares de educação especial por meio de um IEP.
- A família compreende que a agência líder local deve continuar prestando serviços do IFSP conforme a opção de IFSP estendido até a data na qual os serviços por meio de um IEP forem iniciados. No entanto, se a família escolher a opção de IEP, mas se recusar a aceitar a educação especial e os serviços relacionados oferecidos no IEP, desenvolvidos pela equipe de IEP, ela compreende que os serviços do IFSP serão encerrados.
- A família compreende que o consentimento à continuidade dos serviços do IFSP é voluntário e que ela pode revogar o consentimento a qualquer momento.

**OPÇÃO DA FAMÍLIA**

Marque **UMA** caixa.

- A família concorda com a **continuidade** dos serviços de intervenção precoce para a criança e a família por meio de um IFSP após o terceiro aniversário da criança.
- A família solicita **o encerramento** dos serviços de intervenção precoce para a criança e a família por meio de um IFSP aos 3 anos.

**Assinatura do pai/mãe/responsável legal/mãe de aluguel**

**Data**

Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

*Assinatura do pai/mãe/responsável legal/mãe de aluguel*

*Data*

**PARTE VII – AUTORIZAÇÕES**  
**Seção A — Consentimento para IDEA**

**Autorizações**

**ASSINATURA DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL LEGAL/MÃE DE ALUGUEL**

- A família teve a oportunidade de participar do desenvolvimento deste Plano de atendimento à família individualizado (IFSP) e recebeu aviso prévio razoável da reunião do IFSP.
- A família foi informada dos direitos de pais neste programa por meio do recebimento do *Parental Rights: Maryland Procedural Safeguards Notice* (Direitos dos pais: aviso de medidas de segurança de procedimento de Maryland) e um manual da família sobre o sistema de intervenção precoce de Maryland.
- Os serviços de intervenção precoce serão prestados conforme descrito no IFSP. A família compreende que o IFSP será revisado no mínimo a cada seis (6) meses.
- A família compreende que o consentimento é voluntário e que pode revogar o consentimento a qualquer momento.
- A família compreende que os registros não serão divulgados sem consentimento escrito e assinado pela família, exceto dentro das disposições da Lei dos direitos educacionais e privacidade da família (FERPA). Esta lei permite a divulgação de registros de intervenção precoce às agências participantes no sistema de intervenção precoce.
- A família compreende que o órgão público enviará informações por meio de um banco de dados estatal. Esse banco de dados será utilizado pelo Departamento de educação do estado de Maryland (MSDF) e por outras agências estaduais, conforme apropriado, para possibilitar o financiamento dos programas.
- A família foi informada sobre as determinações da equipe do IFSP no próprio idioma nativo ou em outro modo de comunicação.
- Este plano reflete os resultados que são importantes para a criança e a família.
- A família compreende o plano e os direitos dos pais e permite a implementação deste IFSP.

*Assinatura do pai/mãe/responsável legal/mãe de aluguel*

*Data*

PLANO DE ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO À FAMÍLIA (IFSP) DE MARYLAND

Nome da criança:		Número de ID:		Data de reunião do IFSP:	
------------------	--	---------------	--	--------------------------	--

Nome da criança:	Número de ID:	Data de reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

**PARTE VII – AUTORIZAÇÕES**  
**Seção B — Consentimento para assistência médica (MA)**

**Autorizações**

**ASSINATURA DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL LEGAL/MÃE DE ALUGUEL**

É necessário obter consentimento dos pais antes de o órgão provedor divulgar, para fins de cobrança, as informações pessoalmente identificáveis do filho deles ao Departamento de saúde de Maryland (MDH), o órgão estadual responsável pela administração do Programa de assistência médica (MA), de acordo com a Lei dos direitos educacionais e privacidade da família (FERPA) e a Lei de educação de indivíduos com deficiência (IDEA). Ao dar consentimento, você compreende e concorda por escrito que o órgão público pode acessar o Medicaid do seu filho para pagar pelos serviços prestados ao seu filho.

**Para prestar serviços de intervenção precoce ao seu filho, o órgão provedor não pode:**

- Exigir que você se cadastre ou inscreva no Programa de MA estadual para o seu filho receber serviços de acordo com a IDEA;
- Exigir que você tenha gastos próprios, como o pagamento de um valor de franquia ou coparticipação incorrido ao solicitar serviços;
- Usar os benefícios do seu filho na Assistência médica se esse uso:
  - Reduzir a cobertura vitalícia ou qualquer outro benefício de seguro,
  - Levar a sua família a pagar por serviços que seriam cobertos pela Assistência médica e que sejam necessários para o seu filho fora do período em que seu filho está na escola,
  - Aumentar prêmios ou resultar na interrupção de benefícios ou seguros ou
  - Arriscar a perda de elegibilidade para renúncias domiciliares e comunitárias, com base em despesas agregadas relacionadas à saúde.

Você tem o direito de retirar seu consentimento à divulgação de informações pessoalmente identificáveis para o Programa de assistência médica estadual a qualquer momento. Caso retire seu consentimento para a divulgação das informações pessoalmente identificáveis do seu filho, isso não isenta o órgão provedor de sua responsabilidade de garantir que todos os serviços necessários sejam fornecidos ao seu filho sem custo para os pais.

**A criança é elegível para MA?**     Sim     Não    **Número MA:** \_\_\_\_\_

- Concordo com o Gerenciamento de casos dos serviços de intervenção precoce e que os coordenadores de atendimento identificados neste IFSP podem ser nomeados como coordenadores de atendimento de MA (COMAR 10.09.40). Compreendo que sou livre para escolher um coordenador de atendimento de MA para o meu filho. Neste momento, aceito os seguintes coordenadores de atendimento:

**Nome do coordenador de atendimento de**

**MA:**

**Nome do coordenador de atendimento de**

**MA:**

- Compreendo que se eu desejar alterar o coordenador de atendimento de MA no futuro, posso ligar para o programa de intervenção precoce para fazer uma alteração.
- Compreendo que a finalidade deste serviço é auxiliar na obtenção de acesso a serviços médicos, sociais, educacionais e outros.
- Dou consentimento para o órgão provedor divulgar as informações pessoalmente identificáveis do meu filho ao Programa de assistência médica estadual para acessar os benefícios de assistência médica.
- Dou permissão para que o órgão provedor recupere custos do Medicaid para a coordenação de atendimento, além de serviços relacionados à saúde, relacionados à implementação das metas de IFSP do meu filho.
- Compreendo que se eu me recusar a permitir que o órgão provedor tenha acesso aos fundos de MA, isso não isenta o órgão provedor de sua responsabilidade de garantir que todos os serviços necessários sejam fornecidos ao meu filho sem custo para os pais.
- Compreendo que este serviço não restringe ou afeta de qualquer modo a elegibilidade do meu filho para outros benefícios de MA. Compreendo também que meu filho não pode receber um tipo semelhante de gerenciamento sob a MA se ele se qualificar para mais de um tipo.

Nome da criança:	Número de ID:	Data de reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

Assinatura do pai/mãe/responsável legal/mãe de aluguel

Data

Plano de atendimento individualizado à família (IFSP)

Aviso prévio por escrito

FINALIDADE DA REUNIÃO	AÇÕES PROPOSTAS E/OU RECUSADAS	MOTIVOS PARA O STATUS INATIVO (Selecione <u>uma opção.</u> )
(Marque <b>todas</b> as opções que se aplicam.)	(Selecione <b>uma</b> para <b>continuar</b> , <b>modificar</b> ou <b>encerrar</b> o IFSP.)	<b>DATA DE INATIVIDADE:</b>
<input type="checkbox"/> Provisória <input type="checkbox"/> IFSP inicial <input type="checkbox"/> Revisão de seis meses <input type="checkbox"/> Outra revisão <input type="checkbox"/> Revisão anual	<input type="checkbox"/> Iniciar IFSP <input type="checkbox"/> Continuar IFSP <input type="checkbox"/> Modificar IFSP (marque <b>todas</b> as opções que se aplicam.) <input type="checkbox"/> Adição de serviço <input type="checkbox"/> Adição de serviço <input type="checkbox"/> Modificação de serviço <input type="checkbox"/> Término de serviço <input type="checkbox"/> Adicionar/modificar resultados <input type="checkbox"/> Planejamento de transição — aos 3 anos <input type="checkbox"/> Planejamento de transição — após os 3 anos <input type="checkbox"/> Terminar IFSP (caso selecione, preencha a seção “ <b>MOTIVOS PARA STATUS INATIVO</b> ”.)	<input type="checkbox"/> Considerado inelegível — <i>somente triagem</i> (recém-nascido a 3 anos) <input type="checkbox"/> Considerado inelegível — <i>a criança nunca foi elegível</i> (recém-nascido a 3 anos) <input type="checkbox"/> As tentativas de contato não deram certo (recém-nascido — 4 anos) <input type="checkbox"/> Rescisão dos pais (recém-nascido — 4 anos) <input type="checkbox"/> Conclusão do IFSP antes de completar três anos (recém-nascido a 3 anos) <input type="checkbox"/> Transição <u>aos</u> três anos — <i>não continuará em um IFSP</i> (recém-nascido a 3 anos) <input type="checkbox"/> Transição <u>após</u> os três anos (3 anos — 4 anos) <input type="checkbox"/> Conclusão do IFSP após os três anos (3 anos — 4 anos) <input type="checkbox"/> No início do ano letivo após o 4º aniversário <input type="checkbox"/> Transição para outra jurisdição (Nascimento – 4 anos) <b>NOME DA JURISDIÇÃO:</b> <input type="checkbox"/> Mudou-se do estado (recém-nascido — 4 anos) <input type="checkbox"/> Faleceu (recém-nascido — 4 anos)

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES PROPOSTAS E/OU RECUSADAS E EXPLICAÇÃO DE CADA AÇÃO:

DIREITOS DOS PAIS — AVISO DE MEDIDAS DE SEGURANÇA DE PROCEDIMENTO DE MARYLAND

Nome da criança:	Número de ID:	Data de reunião do IFSP:
------------------	---------------	--------------------------

Os pais de uma criança com atraso de desenvolvimento/deficiência têm direito a certas medidas de segurança de procedimento, conforme descrito no **“Parental Rights-Maryland Procedural Safeguards Notice,”** (Direitos dos pais — aviso de medidas de segurança de procedimento de Maryland), incluindo o direito de solicitar mediação ou entrar com a devida queixa de processo se os pais discordarem das ações propostas e/ou recusadas e o direito de entrar com uma queixa contra o estado.

- Uma cópia do “Parental Rights – Maryland Procedural Safeguards Notice” (Direitos dos pais — aviso de medidas de segurança de procedimento de Maryland) foi fornecida aos pais
- Pais recusaram outra cópia

## SERVIÇOS DE SUPORTE À FAMÍLIA

**LOCAL** Informações da rede de suporte à família/parceiros pré-escolares:

**LIGAÇÃO GRATUITA ESTADUAL** Linha de informações de serviços de suporte à família: **1-800-535-0182**  
*Um serviço da Divisão de educação especial/Serviços de intervenção precoce do Departamento de educação do estado de Maryland*