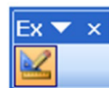


| فهرم های اضافی | فعالیت | مراحل |
|--|---|---|
| <p>مجوز 03-CIS </p> <p>معلومات بیمه مکمل 02-CIS</p> | <p>ارجاع 01-CIS </p> <p>مصاحبه اولیه 02-CIS </p> | <p>I: شناسایی: ارجاع و پذیرش</p> |
| <p>اطلاعیه و رضایت برای ارزیابی ها A C</p> <p>واجد شرایط بودن / تشخیص </p> <p>مصاحبه مبتنی بر روال روزمره</p> | <p><u>منابع و حمایت های شما</u> </p> <p><u>معلومات صحی بزرگسالان</u> - مراجعین A</p> <p><u>معلومات صحی طفل</u> - C</p> <p><u>خلاصه</u> C A </p> | <p>II: معلومات جمع آوری و خلاصه سازی: بررسی، ارزیابی و تعیین واجد شرایط بودن</p> |
| <p>رضایت برای شروع خدمات A C</p> <p>پوشش پلان یکپارچه</p> | <p><u>نگرانی ها، امیدها و اولویت های شما</u> </p> <p><u>نتایج شما</u> </p> <p><u>جدول خدمات</u> </p> | <p>III: توسعه پلان: اهداف و نتایج فردی</p> |
| <p>مجوز قبلی</p> <p>یادداشت های بازدید خانگی</p> | <p><u>بررسی پلان</u> </p> | <p>IV: ارائه خدمات</p> |
| | <p><u>برنامه انتقال</u> </p> | <p>V: انتقال/خروج</p> |
| | <p>پروسه Ecomap راهنمای مصاحبه رشد طفل تعیین تشخیص و شرایط احراز درخواست حمایت از خانواده (کاپی چاپی) دستورالعمل های استفاده از ابزارهای پیشنهادی روانی-اجتماعی و رشدی برای زنان باردار/پس از زایمان و طفل از وقت تولد تا شش سالگی (آنلاین) صفحه پوشش پلان یکپارچه یادداشت های بازدید خانگی</p> | <p>VI: بکس ابزار</p> |

علائم:

C لازمی برای مراجعین طفل
 A لازمی برای مراجعین بزرگسال

فورم مورد ضروری
 ابزار قابل دسترس

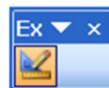


منابع و حمایت های شما

این صفحات برای به اشتراک گذاشتن قوت ها، منابع، نگرانی ها و اولویت های شما هستند. تنها معلوماتی را به اشتراک بگذارید که با آن راحت هستید. پاسخ های شما به ما کمک خواهد کرد تا:

- پرسش های شما را پاسخ دهیم و نگرانی هایتان را رفع کنیم.
- در مورد نیاز های شما یا خانواده تان و یا نیاز های برنامه شما برای ارائه دهندگان مراقبت از طفل مطلع شویم.
- اهداف و نتایج شما، خانواده تان یا برنامه مراقبت از طفل تان را با شما توسعه دهیم.
- در شناسایی منابع جامعه و دیگر حمایت های که برای شما، خانواده تان یا خانواده ها و اطفال تحت پوشش شما (اگر ارائه دهنده مراقبت از طفل هستید) مفید خواهد بود، به شما کمک کنیم.

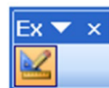
| معلومات ارائه شده توسط: | تاریخ: |
|--|--------|
| افرادی که برای من/خانواده ام/کارکنان مراقبت از طفل/اطفال ثبت نام شده در برنامه ام مهم یا مفید هستند (به عنوان مثال، خانواده، خویشاوند، دوستان و همسایگان، افراد از محل عبادت، اداره های اجتماعی، مکتب مراقبت از طفل، سایر ارائه دهندگان خدمات، ارائه دهندگان مراقبت های صحی) | |
| | |



معلومات صحی بزرگسال

(برای خانواده های باردار/پس از زایمان و مراجعین والدین)

| | |
|--|----------------------------|
| بارداری، تولد و سوابق طبی (فقط برای افراد باردار یا پس از زایمان) | |
| لطفاً هر گونه تاریخچه باروری، تولد یا صحت خانواده را که قابل توجه است، توضیح دهید: | |
| تاریخ اولین ملاقات طبی بارداری من: | ملاقات بعدی من: |
| اهداف وزنی در دوران بارداری، 3 ماه پس از زایمان، و به طور مداوم: | |
| باورها و فعالیت های فرهنگی/خانوادگی که برای من در مورد بارداری، تولد یا پرورش طفل مهم هستند: | |
| تاریخ واقعی تولد: | متخصص زنان/قابل: |
| صحت شما: (برای تمام مراجعین بزرگسال، لطفاً موارد زیر را شرح یا توضیح دهید) | |
| نگرانی ها یا تشخیص های صحت جاری: | |
| آیا دوابی به طور منظم مصرف میکنید، از جمله دوا های گیاهی، دوا های بدون نسخه یا مکمل های غذایی؟ | |
| تغذیه شما – ترجیحات غذایی عمومی/رژیم خاص یا مشکلات غذایی: | |
| خواب، استراحت و دوره های خواب کوتاه شما: | |
| فعالیت بدنی روزانه/هفتگی شما: | |
| نگرانی های حفاظت شخصی شما: | |
| آیا در معرض الکل، تنباکو، سرب یا مواد دیگری هستید که ممکن است بر شما، صحت شما یا بارداری شما تأثیر بگذارد؟ | |
| چه زمانی نگرانی های شما شروع شد و آیا خدمات یا تداوی دریافت کرده اید؟ | |
| تماس اضطراری: | شماره موبایل: () - داخلی. |

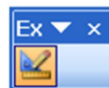


معلومات صحی طفل

نام طفل:

تاریخ:

| | |
|--|--|
| معلومات و سوابق طفل من: | |
| علاقه ها و نقاط قوت طفل خود را توضیح بدهید؟ | |
| چه زمانی نگرانی های شما شروع شد و آیا طفل شما خدمات یا تدایوی های دریافت کرده است؟ | |
| اگر بلی، آیا خدمات/تدایوی ها موفقیت آمیز بودند؟ | |
| توسعه یا رفتار اولیه طفل خود را توضیح بدهید. آیا نگرانی خاصی داشتید؟ | |
| هرگونه سابقه قابل توجه مربوط به بارداری، تولد یا صحت را توضیح بدهید؟ | |
| آیا طفل شما با یک بیماری جسمی، رشدی یا روانی تشخیص داده شده است؟ | |
| آیا رویداد های ابتدایی زندگی وجود دارند که ممکن است بر توسعه یا صحت طفل شما تأثیر بگذارند؟ | |
| صحت عمومی | |
| اسم داکتر طفل شما: | |
| اسم داکتر دندان طفل شما: | |
| آیا طفل شما دوا های را به طور منظم مصرف میکند، از جمله دوا های گیاهی، دوا های بدون نسخه یا مکمل های غذایی؟ | |
| آیا طفل شما به طور معمول یا در کل سالم است؟ | |
| اگر طفل شما اغلب مریض است، لطفاً نگرانی های خود را توضیح بدهید: | |
| تاریخ بستر شدن در شفاخانه: | |
| دلیل: | |
| معاینه بینایی: | سن: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> نخیر |
| معاینه شنوایی: | سن: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> نخیر |
| طفل شما چه چیزی را خوش دارد بخورد؟ آیا رژیم خاصی دارد؟ آیا طفل شما شیر مادر میخورد؟ | |
| طفل شما در روز یا شب چطور به خواب میرود؟ | |
| آیا واکسیناسیون ها به روز هستند؟ | |
| آیا طفل شما در معرض یا سابقه قرار گرفتن در معرض الکل، تنباکو، سرب یا دیگر مواد خطرناک که میتواند بر رشد یا صحت طفل شما تأثیر بگذارد، دارد؟ | |
| آیا نگرانی های در مورد محافظت طفل شما وجود دارد؟ | |



خلاصه گزارش

این گزارش تمام معلوماتی را که برای رسیدگی به نگرانی های شما جمع آوری شده است، خلاصه میکند. این معلومات با رضایت شما جمع آوری شده است.

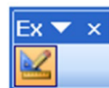
این گزارش به شما یک تاریخچه از منابع و پشتیبانی های شما، نگرانی ها، معلومات صحی مربوطه و توصیه ها را ارائه میدهد. برای اطفال، این راپور همچنان توانایی ها، نقاط قوت و نیازهای فعلی طفل شما را در رابطه با روتین های روزمره خانواده، فعالیتها و محیطها توضیح میدهد. برای تأسیسات مراقبت از طفل، این راپور ممکن است به نیازهای برنامه، توسعه یا نیازهای کارمندان، یا شناسایی نقاط قوت یا نیازها مرتبط با نیازهای خاص اطفال ثبت نام شده در برنامه شما بپردازد.

معلومات جمع آوری شده برای این راپور به شما و تیم شما کمک میکند تا یک پلانی بسازید که به نگرانی ها و آرزوهای شما بپردازد.

دلیل برای ارجاع:

منابع معلومات:

تاریخچه:



نتایج ملاحظات و ارزیابی:

خلاصه:

پیشنهادات:

نام/مدارک

تاریخ

نام/مدارک

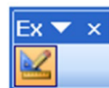
تاریخ

نام/مدارک

تاریخ

نام/مدارک

تاریخ



نگرانی ها، امیدها و اولویت های شما

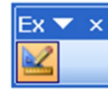
این صفحه از پلان نگرانی هایتان را خلاصه میکند و به شما کمک میکند تا تصمیم بگیرید که برای شما، خانواده یا پلان تان، در حال حاضر چه چیزی از اهمیت بیشتری برخوردار است. نگرانی های شما ممکن است بر اساس تجربیات شما و همچنین نتایج ارزیابی های مدیریتی یا ارزیابی های رسمی که انجام شده اند باشد.

در بخش بعدی، شما و تیم تان برای خدمات یک پلان ترتیب خواهید داد. این برنامه به نگرانی هایی خواهد پرداخت که احساس میکنید برای شما و/یا طفل تان یا پلان تان مهم و معنادار است.

برنامه شما مشخص خواهد کرد

- چه چیزی میخواهید برای شما، خانواده تان یا طفل تان یا برنامه تان اتفاق بیفتد.
- چطور شما و تیم تان به اهداف تان رسیدگی خواهید کرد.
- چه کسی مسئول ارائه خدمات خواهد بود
- تاریخ های شروع/پایان خدمات
- محل ارائه خدمات شما (لطفاً احساس راحتی کنید و بهترین مکان برای شما را به تیم شریک کنید).
- یک هماهنگ کننده خدمات به شما در شناسایی و هماهنگ کردن خدماتی که نیاز دارید کمک خواهد کرد
- برای برنامه های مراقبت از طفل – چه چیزی میخواهید برای رفع نگرانی هایتان اتفاق بیفتد

| اولویت (#) | نگرانی ها و امیدهای شما: |
|------------|--------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



نتایج شما*

(*برای هر نتیجه خود ورقه نتایج را تکمیل نمایید)

برای کاپی یا تکثیر این صفحه: با استفاده از ماوس تمام صفحه را انتخاب کنید، راست کلیک کنید و گزینه "کپی" را انتخاب کنید، بعد مکان نما را در بالای صفحه قرار دهید، دوباره راست کلیک کنید و گزینه "پیست" را انتخاب کنید

| | | |
|---|--|------------------------------|
| <p>شماره نتیجه: <input type="checkbox"/> کودک <input type="checkbox"/> خانواده <input type="checkbox"/> دوران بارداری/پس از زایمان <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/></p> <p>ارائه دهنده مراقبت از طفل</p> | | |
| <p>تاریخ پلان: - - <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/> اولیه <input type="checkbox"/> مرور <input type="checkbox"/> بررسی سالانه <input type="checkbox"/> انتقال</p> | | |
| <p>ما میخواهیم: (چه چیزی میخواهید اتفاق بیفتد؟)</p> | <p>به این دلیل که: (چرا این موضوع مهم است؟)</p> | |
| <p>نتیجه: چگونه خواهیم فهمید که موفق شده ایم؟ (شامل معیارها باشد.)</p> | <p>چه منابعی برای کمک به دستیابی به این نتیجه داریم؟</p> | |
| <p>ستراتژی ها و فعالیت ها:</p> | | |
| <p>چه کسی کمک خواهد کرد؟</p> | <p>چه زمانی و کجا؟</p> | |
| <p>چند وقت یکبار تیم باید برای بررسی این نتیجه جلسه داشته باشد؟ _____ تاریخ بررسی: _____</p> | | |
| <p>وضعیت</p> | <p>تاریخ بررسی (توضیح پیشرفت)</p> | <p>تاریخ مرور شده</p> |
| <p><input type="checkbox"/> دستیابی شده</p> <p><input type="checkbox"/> ادامه دارد</p> <p><input type="checkbox"/> تغییر نتیجه/فعالیتها</p> | | |
| <p><input type="checkbox"/> دستیابی شده</p> <p><input type="checkbox"/> ادامه دارد</p> <p><input type="checkbox"/> تغییر نتیجه/فعالیتها</p> | | |
| <p><input type="checkbox"/> دستیابی شده</p> <p><input type="checkbox"/> ادامه دارد</p> <p><input type="checkbox"/> تغییر نتیجه/فعالیتها</p> | | |

خدمات

این خلاصه ای از حمایت ها/خدمات مورد نیاز برای دستیابی به نتایج مشخص شده در برنامه شما است. این برنامه توسط شما و تیم CIS شما توسعه یافته است.

| پرداخت کننده | تاریخ شروع واقعی | تاریخ شروع برنامه ریزی شده | چه مدت زمان/ماه؟ (ساعات/ماه) | موقعیت (آیا این محل محیط طبیعی مراجعه کننده است؟) | ارائه دهنده خدمات واجد شرایط نام/ اداره | نتیجه # | حمایت ها و خدمات |
|--|------------------|----------------------------|------------------------------|---|---|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Private Ins. <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR | | | | | | | همراهی خدمات |
| <input type="checkbox"/> خط زمانی 30 روزه رعایت شد یا تعداد روزهای گذشته از تاریخ رضایت: <input type="checkbox"/> خط زمانی رعایت نشد به دلیل وضعیت خانوادگی (توضیح دهید): | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Private Ins. <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR | | | | <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> جامعه <input type="checkbox"/> محل ارائه دهنده <input type="checkbox"/> توجیه SPL در قضیه | | <input type="checkbox"/> نتیجه جدید <input type="checkbox"/> فریکوینسی جدید <input type="checkbox"/> ادامه نتیجه. <input type="checkbox"/> خدمت پایان یافته است | |
| <input type="checkbox"/> خط زمانی 30 روزه رعایت شد یا تعداد روزهای گذشته از تاریخ رضایت: <input type="checkbox"/> خط زمانی رعایت نشد به دلیل وضعیت خانوادگی (توضیح دهید): | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Private Ins. <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR | | | | <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> جامعه <input type="checkbox"/> محل ارائه دهنده <input type="checkbox"/> توجیه SPL در قضیه | | <input type="checkbox"/> نتیجه جدید <input type="checkbox"/> فریکوینسی جدید <input type="checkbox"/> ادامه نتیجه. <input type="checkbox"/> خدمت پایان یافته است | |
| <input type="checkbox"/> خط زمانی 30 روزه رعایت شد یا تعداد روزهای گذشته از تاریخ رضایت: <input type="checkbox"/> خط زمانی رعایت نشد به دلیل وضعیت خانوادگی (توضیح دهید): | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Private Ins. <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR | | | | <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> جامعه <input type="checkbox"/> محل ارائه دهنده <input type="checkbox"/> توجیه SPL در قضیه | | <input type="checkbox"/> نتیجه جدید <input type="checkbox"/> فریکوینسی جدید <input type="checkbox"/> ادامه نتیجه. <input type="checkbox"/> خدمت پایان یافته است | |
| <input type="checkbox"/> خط زمانی 30 روزه رعایت شد یا تعداد روزهای گذشته از تاریخ رضایت: <input type="checkbox"/> خط زمانی رعایت نشد به دلیل وضعیت خانوادگی (توضیح دهید): | | | | | | | |

(*)ادامه خدمات

این خلاصه ای از حمایت ها/خدمات مورد نیاز برای دستیابی به نتایج مشخص شده در برنامه شما است. این برنامه توسط شما و تیم CIS شما توسعه یافته است.

| حمایت ها و خدمات | نتیجه # | ارائه دهنده خدمات واجد شرایط نام/ اداره | موقعیت (آیا این محل محیط طبیعی مراجعه کننده است؟) | چه مدت زمان/ماه؟ (ساعات/ماه) | تاریخ شروع برنامه ریزی شده | تاریخ شروع واقعی | پرداخت کننده |
|------------------|--|---|---|------------------------------|----------------------------|------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> نتیجه جدید <input type="checkbox"/> فریکوینسی جدید <input type="checkbox"/> ادامه نتیجه. <input type="checkbox"/> خدمت پایان یافته است | | <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> جامعه <input type="checkbox"/> محل ارائه دهنده <input type="checkbox"/> توجیه SPL در قضیه | | | | <input type="checkbox"/> Private Ins <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR |
| | <input type="checkbox"/> نتیجه جدید <input type="checkbox"/> فریکوینسی جدید <input type="checkbox"/> ادامه نتیجه. <input type="checkbox"/> خدمت پایان یافته است | | <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> جامعه <input type="checkbox"/> محل ارائه دهنده <input type="checkbox"/> توجیه SPL در قضیه | | | | <input type="checkbox"/> Private Ins <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR |
| | <input type="checkbox"/> نتیجه جدید <input type="checkbox"/> فریکوینسی جدید <input type="checkbox"/> ادامه نتیجه. <input type="checkbox"/> خدمت پایان یافته است | | <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> جامعه <input type="checkbox"/> محل ارائه دهنده <input type="checkbox"/> توجیه SPL در قضیه | | | | <input type="checkbox"/> Private Ins <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR |
| | <input type="checkbox"/> نتیجه جدید <input type="checkbox"/> فریکوینسی جدید <input type="checkbox"/> ادامه نتیجه. <input type="checkbox"/> خدمت پایان یافته است | | <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> جامعه <input type="checkbox"/> محل ارائه دهنده <input type="checkbox"/> توجیه SPL در قضیه | | | | <input type="checkbox"/> Private Ins <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> POLR |

* صفحات خدمات اضافی را در صورت نیاز اضافه کنید

عضویت تیم شما و رضایت شما

اعضای زیر در تهیه پلان شما شرکت کرده اند و ممکن است در اجرای آن کمک کنند. اعضا شامل شما (یا والدین/سرپرست)، هماهنگ کننده خدمات، افرادی که ارزیابی ها را انجام داده اند، افراد دیگر بنا به درخواست شما (مانند دوست، عضو خانواده، کارکنان اداره اجتماعی و غیره) و کسانی که خدمات ارائه خواهند داد، میشوند.

| نام | نقش/شماره میایل | امضا | تاریخ |
|-----|--------------------|------|-------|
| | هماهنگ کننده خدمات | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

تاریخ

امضا داکتر (در صورت لزوم) **

رضایت برای شروع/تغییر/ادامه خدمات:

شما برنامه خود را تکمیل کرده اید. حالا قبل از شروع هر نوع خدمات، رضایت شما لازم است. امضای شما نشان دهنده رضایت شما است. هر زمان که پلان شما بررسی شود، از شما خواسته میشود که رضایت خود را ارائه دهید. مشارکت شما در هر مرحله از برنامه بسیار مهم است.

اگر با هر بخش از برنامه خود موافق نیستید یا احساس میکنید که خدمات مناسبی دریافت نمی کنید، حق دارید نگرانی های خود را بیان کنید. میتوانید با هماهنگ کننده خدمات یا هماهنگ کننده CIS صحبت کنید - نام و معلومات تماس آنها در زیر آمده است.

£ من یک کاپی کتبی و توضیح شفاهی از حقوق خود دریافت کرده ام. و این حقوق را درک میکنم. (فقط برای EI)

£ من به طور کامل در تهیه این برنامه مشارکت داشته ام.

£ من رضایت میدهم که این برنامه همان طور که نوشته شده اجرا شود و خدمات ارائه گردد.

£ من این برنامه را همان طور که نوشته شده نمی پذیرم، اما برای شروع خدمات زیر رضایت میدهم:

تاریخ

مشتری/والدین/سرپرست قانونی/نماینده آموزشی منصوب

تاریخ

والدین/سرپرست قانونی/نماینده آموزشی منصوب

هماهنگ کننده خدمات:

شماره تلفون:

هماهنگ کننده CIS:

شماره تلفون:

رضایت برای ارزیابی

اطلاعیه و رضایت برای ارزیابی ها

برای پاسخگویی به سوالات شما و کمک به برنامه ریزی خدمات بر اساس نگرانی های شما، ما با شما، طفل تان یا برنامه شما همکاری خواهیم کرد تا از طریق یک ارزیابی (مانند مصاحبه، آزمایش یا ارزیابی رسمی) معلومات بیشتری جمع آوری کنیم. شما میتوانید در پلان ریزی ارزیابی مشارکت داشته باشید و قبل از شروع ارزیابی از آن مطلع خواهید شد. پس از اتمام ارزیابی، تیم شما با شما ملاقات خواهد کرد تا نتایج را بررسی کرده و یک پلان تهیه کند. اگر در هر مرحله سؤالی دارید، لطفاً هماهنگ کننده خدمات خود را مطلع کنید.

ارزیابی(های) زیر برنامه ریزی شده است:

من اجازه میدهم که ارزیابی آغاز شود. من درک میکنم که رضایت من داوطلبانه است و ممکن است در هر زمان و به هر دلیلی در طول پروسه ارزیابی اولیه لغو شود. برای خدمات بخش C، نتایج این ارزیابی در اختیار تیمی قرار خواهد گرفت که صلاحیت طفل من را تعیین میکند.

من اجازه انجام این ارزیابی را نمیدهم.

_____ تاریخ

_____ امضا

_____ شماره تلفون

_____ نام هماهنگ کننده خدمات

بررسی پلان*

| | |
|---|---|
| تاریخ: | دلیل برای ارجاع: |
| <input type="checkbox"/> تغییر در خدمات/به روزرسانی/ارجاع | <input type="checkbox"/> بررسی سالانه |
| | <input type="checkbox"/> بررسی پلان شده |
| | وضعیت فعلی: |
| | منابع معلومات: |
| | نتایج ملاحظات و ارزیابی: |
| | خلاصه: |
| | پیشنهادات: |

نام/مدارک _____ تاریخ _____ نام/مدارک _____ تاریخ _____

نام/مدارک _____ تاریخ _____ نام/مدارک _____ تاریخ _____

* لطفاً تمامی صفحات جدید/اصلاح شده/به روزرسانی شده مربوط به نتایج، جدول خدمات و رضایتنامه خدمات را ضمیمه کنید

پلان انتقال*

| دلیل انتقال: تاریخ پلان: | |
|---|--|
| <p>○ انصراف خانواده از خدمات توضیح: ○ انتقال به ایالت/منطقه دیگر محل جدید: ○ عدم توانایی در برقراری ارتباط با خانواده/مشتري توضیح: ● دیگر</p> | <p>○ طفل 3 ساله میشود ○ طفل 6 ساله میشود ○ عدم نیاز به خدمات دلیل:</p> |
| اولویت # | نگرانی ها و امیدهای شما برای انتقال |
| | |
| | |
| | |
| | |

| تیم انتقال: (R = حضور اجباری در کنفرانس انتقال هنگام انتقال به EEE) | | | |
|---|--------|---|------------|
| نام عضو تیم | تلیفون | نقش | امضا/تاریخ |
| | | والد/سرپرست قانونی؛ سرپرست آموزشی (R) | |
| | | والد/سرپرست قانونی | |
| | | هماهنگ کننده خدمات (R) | |
| | | ارائه دهندگان خدمات فعلی (R) (مانند مربی رشد، کار تیراپیست، فیزیوتراپیست، پتولوجیست گفتار و زبان) | |
| | | نماینده منطقه آموزشی (R) | |
| | | ارائه کننده خدمات آینده | |
| | | دیگر | |
| | | | |

*لطفاً خلاصه ای از آخرین ارزیابی ها، نتایج، جدول خدمات و رضایت نامه خدمات را در صورت نیاز ضمیمه کنید

خدمات ادغام اطفال: مداخله زودهنگام
(الزامات اضافی برای انتقال از EI به CIS: EEE)

| برنامه انتقال: | | | |
|------------------|-----------------|------------------|---|
| دلائل برای تاخیر | تاریخ تکمیل شده | شخص (اشخاص) مسؤل | مراحل/حمایت ها/خدمات موردنیاز برای انتقال موفقیت آمیز خانواده |
| | | | رضایت والدین (فقط برای برگزاری جلسه انتقال مورد نیاز است) |
| | | | ارسال اطلاعیه 6 ماهه (برای اطفالی که احتمالاً واجد شرایط EEE هستند: توجه: رضایت والدین لازم نیست) |
| | | | برنامه ریزی و ارسال دعوت نامه برای همه شرکت کنندگان در جلسه انتقال |
| | | | برگزاری جلسه انتقال حداقل 90 روز قبل از سالگره سومی طفل. |
| | | | ارائه کاپی های از برنامه انتقال، شامل مراحل و خدمات، به خانواده و اعضای تیم. |
| | | | به روزرسانی دوسیه ها برای بررسی توسط تیم و ارائه نسخه هایی به EEE و/یا سایر ارائه دهندگان خدمات (با اجازه والدین) |
| | | LEA | پلان آموزشی فردی (IEP) تا پیش از سالگره سومی طفل |
| | | | تکمیل دیتا های نتایج طفل |
| | | | |
| | | | |