برنامج "القسم C" لولاية ماين

خطة الخدمة الفردية للأسرة (IFSP)

إسم الطفل:

تاريخ الولادة:

☐ **أنثى** ☐ **ذكر**

رقم "ماين كاير":

تاريخ الإحالة:

تاريخ موعد الـ ٤٥ يوماً:

تاريخ تجديد الأهلية:

تاريخ ثالث عيد ميلاد:

تاريخ خطة IFSP ☐

التاريخ المتوقع لمراجعة خطة IFSP: ☐

التاريخ الفعلي لمراجعة خطة IFSP: ☐

هذه الخطة هي الـ : (إختر مربع واحد)

☐ **الـ IFSP المرحلية**

☐ **الـ IFSP الأولى**

☐ **الـ IFSP السنوية (إستمارة جديدة)**

التاريخ المتوقع للإجتماع السنوي: ☐

تاريخ إجتماع التشاور للإنتقال: ☐

الوالد/الوصي:

العلاقة:

الهاتف:

العنوان البريدي:

الوالد/الوصي:

العلاقة:

الهاتف:

العنوان البريدي:

عنوان سكن الولد:

المنظومة المدرسية:

المسؤول عن الحالة:

رقم الهاتف:

عنوان البريد الإلكتروني:

طبيب الرعاية الصحية الأولية:

رقم الهاتف:

عنوان البريد الإلكتروني:

إسم الولد: **تاريخ الولادة:**

الروتين والأولويات العائلية

أختار عدم الإفصاح عن معلومات حول همومي واولوياتي ومواردي و/او أن أدرج تلك المعلومات في خطة الـ IFSP. أدرك أنه، في حال كان ولدي مؤهلاً، بإمكانه/ها الحصول على الخدمات حتى ولو لم أكمل هذا القسم. (الأحرف ألاولى للإسم)

الروتين والنشاطات والأماكن اليومية

يتعلم الأولاد على أفضل وجه من خلال الروتين والنشاطات التي يولعون بها والتي كثيراً ما يشاركون فيها. يهم الفريق معرفة أين يمضي ولدك وقته على نحو نظامي، وذلك لنخطط سوياً للدعم والخدمات إلى عائلتك في إطار التدخل المبكر.

أين ومع من يمضي ولدك وقته؟

أخبرنا بعض الشيء عن روتين ونشاطات ولدك وعائلتك. علاوة على نشاطات ولدك اليومية، بإمكانك أيضاً أن تخبرنا عن بعض الأشياء التي تقومون بها من وقت إلى آخر والتي هي مهمة بالنسبة إلى ولدك/عائلتك، كالزيارات إلى الأصدقاء وأفراد العائلة، والمناسبات الدينية او الروحية، والنشاطات الإجتماعية والثقافية.

صِف النشاطات التي تحب عائلتك القيام بها الآن او في المستقبل، والتي تريد بعض المساعدة فيها.

في حال لا يوجد مثل هذه النشاطات التي تهمك في الوقت الحاضر، سنكتب فقط "لا يوجد".

إسم الولد: تاريخ الولادة:

الروتين والأولويات العائلية

صِف الأشخاص والألعاب والنشاطات والروتين المتبعة والأماكن التي يستمتع بها ولدك أكثر من سواها:	صِف الأشخاص والألعاب والنشاطات والروتين المتبعة والأماكن التي تشكل صعوبة لولدك او تعترضه:

إسم الولد: **تاريخ الولادة:**

الروتين والأولويات العائلية

هموم وأولويات وموارد العائلة المتعلقة بتعزيز نمو الولد وبالتحديات التي يواجهها خلال نشاطاته الروتينية اليومية	أختار عدم الإفصاح عن معلومات حول همومي واولوياتي ومواردي و/او أن أدرج تلك المعلومات في خطة الـ IFSP. أدرك أنه، في حال كان ولدي مؤهلاً، بإمكانه/ها الحصول على الخدمات حتى ولو لم أكمل هذا القسم. (الأحرف ألاولى للإسم)

ملخص لهموم العائلة: (بالنسبة إلى التحديات التي يواجهها خلال قيامه بمهماته ونشاطاته الروتينية اليومية)

أولويات العائلة: (بناءً على الهموم المحددة أعلاه)

مكامن القوة والموارد التي توظفها العائلة في سبيل تأمين احتياجات الولد: (أدرج الموارد العائلية والأصدقاء والمجموعات الإجتماعية وموارد الدعم المالي، الخ... التي تقدم العون لك)

علاوةً على المعلومات التي أعطيتها حتى الآن، هل يوجد أي شيء آخر تود ان تخبرنا عنه مما قد يساعدنا في التخطيط معاً للمساعدات والخدمات من أجل تأمين ما هو في غاية الأهمية لولدك وعائلتك؟

إسم الولد: **تاريخ الولادة:**

القدرات ونقاط القوة والإحتياجات الحالية

الهدف من هذا النموذج هو تسجيل المعلومات التي تم جمعها خلال تقييم ولدك. وتساعدنا هذه المعلومات على تفهم مكامن القوة لدى الولد وبعض الأمور التي تشكل تحديات له وقد تؤثر على قدرته على المشاركة في نشاطات العائلة والمجتمع. الغرض هنا هو تدوين ما يكفي من المعلومات ما يدعم بالأدلة قرارات التأهيل والتي تكون هادفة للعائلات ومقدّمي الخدمات، وذلك من أجل تطوير خطة ذات حصائل وإستراتيجيات تتناسب جيداً مع مكامن القوة لدى الولد واحتياجاته.

أ. ملخص الوضع الصحي ذي الصلة بالموضوع (ومنه البصر والسمع):

ب. إستخدام اليدين وحركة الجسم (المهارات الحركية الكبيرة والصغيرة):

الأمور التي يحبها الولد ويقوم بها جيداً:	الأمور التي لا يحبها الولد وهو بحاجة للمساعدة عليها:

إسم الولد: تاريخ الولادة:

القدرات ونقاط القوة والإحتياجات الحالية

ج. الفهم / التواصل (اللغة الإستقبالية والتعبيرية)

الأمور التي يحبها الولد ويقوم بها جيداً:	الأمور التي لا يحبها الولد وهو بحاجة للمساعدة عليها:

د. اللعب، التفكير، الإستكشاف (المهارات الإدراكية): _____

الأمور التي يحبها الولد ويقوم بها جيداً:	الأمور التي لا يحبها الولد وهو بحاجة للمساعدة عليها:

إسم الولد: **تاريخ الولادة:**

القدرات ونقاط القوة والإحتياجات الحالية

ه. التعبير والإستجابة للشعور، والتفاعل مع الآخرين (الإجتماعي والعاطفي): _____	
الأمور التي يحبها الولد ويقوم بها جيداً:	الأمور التي لا يحبها الولد وهو بحاجة للمساعدة عليها:
و. الأكل واللبس والنظافة الشخصية (مهارات المساعدة الذاتية او المهارات التكييفية): _____	
الأمور التي يحبها الولد ويقوم بها جيداً:	الأمور التي لا يحبها الولد وهو بحاجة للمساعدة عليها:

إسم الولد: تاريخ الولادة: السن وقت التقييم: شهراً

القدرات ومكامن القوة والإحتياجات الحالية

إسم المقيّم، خلفيته المهنية، دوره/منظمته، توقيعه والتاريخ				
الأسم (مكتوب بوضوح)	الخلفية المهنية	الدور / المنظمة	التوقيع	التاريخ

إسم الولد: تاريخ الولادة: السن وقت التقييم: شهراً

القدرات ومكامن القوة والإحتياجات الحالية

ملخص الفريق			
مجال النمو	**نتائج التقييم** *(ومنها الإنحراف المعياري والحرز المعياري)*	**المناهج / الأدوات المستخدمة**	**تاريخ التقييم**
إدراكي (التفكير والتعلّم)	الحرز المعياري: الإنحراف المعياري:	باتيل : ☐ بايلي : ☐ غيرها (يرجى التحديد) : ☐	
إتصالي - تعبيري (ينتج الأصوات والإيماءات والكلام) - إستقبالي (يفهم الأصوات والكلمات والإيماءات)	الحرز المعياري: الإنحراف المعياري:	باتيل : ☐ بايلي : ☐ غيرها (يرجى التحديد) : ☐	
جسمي - حركي عياني (تحريك واستخدام العضلات الكبيرة) - حركي دقيق (استخدام اليدين والأصابع)	الحرز المعياري: الإنحراف المعياري:	باتيل : ☐ بايلي : ☐ غيرها (يرجى التحديد) : ☐	
إجتماعي/عاطفي (التفاعل مع الآخرين)	الحرز المعياري: الإنحراف المعياري:	باتيل : ☐ بايلي : ☐ غيرها (يرجى التحديد) : ☐	
تكيّفي (تغذية، أكل، لبس، نوم)	الحرز المعياري: الإنحراف المعياري:	باتيل : ☐ بايلي : ☐ غيرها (يرجى التحديد) : ☐	

الأهلية للحصول على خدمات "القسم C" لولاية ماين

☐ الطفل مؤهل للحصول على خدمات "القسم C" لأنه يعاني من: (ضع إشارة إلى جانب أحد الخيارات أدناه أو أكثر، وإعطِ وصفاً): *

☐ التأخير النمائي

☐ تأخير بـ ١,٥ إنحراف معياري من الحرز المتوسط في الأداة التقييمية النمائية المختارة في إثنين او أكثر من المجالات النمائية الخمسة.

سجل المجالات:

☐ تأخير بـ ٢,٠ إنحراف معياري من الحرز المتوسط في واحدة على الأقل من المجالات النمائية، مع التركيز على المجال/ات التي أظهرت الإشتباه من خلال معلومات الإحتكاك الأول و/او الفحص النمائي.

سجل المجالات:

☐ رأي سريري مطّلع

يرجى التوضيح: **

☐ حالة قائمة يُحتمل أن تؤدي إلى تأخير نمائي:

إسم الحالة/ات:

☐ الطفل غير مؤهل للحصول على خدمات "القسم C" لأنه لا يفي بالمعايير أعلاه. عليه، فإن هذا النموذج يكون بمثابة سجلٍ للتقييم فقط.

*** إن وُجد الولد مؤهلاً، يرجى تعبئة الصفحة الغلافية وإرفاقها بمقدمة هذه الوثيقة. يجب أن تظهر المعلومات الداعمة عبر نموذج القدرات ومكامن القوة والإحتياجيت الحالية.**

**** يجب أن تظهر المعلومات الداعمة عبر نموذج القدرات ونقاط القوة والإحتياجيت الحالية.**

إسم الولد: تاريخ الولادة:

النتيجة للولد/للعائلة

نتيجة رقم ١:	تنسيق الخدمات	(إدارة الحالة)

بيان النتيجة

ستحصل العائلة على المساعدة في إتمام خطة الخدمة الفردية للأسرة (المعروفة أيضاً بـ"خطة العناية") من خلال تدخّل المسؤول عن الحالة، وذلك لكي يحصل الولد والعائلة على كافة أشكال الدعم والخدمات التي هما بحاجة إليها.

الأهداف على المدى القريب

ما هي الأهداف على المدى القريب التي ستساعدنا على إحراز التقدم نحو النتيجة؟

الهدف على المدى القريب	الميقات	تاريخ الإنجاز
١ - عالجت خطة الـ IFSP هموم وأولويات وموارد العائلة التي تم تحديدها.		
٢ – الخدمات المقدمة للولد/للعائلة ملائمة وكافية.		
٣ – حقوق العائلة محفوظة		

الإستراتيجيات

يقوم المسؤول عن الحالة بـ:

- مؤازرة العائلة في مرحلة التطوير ومن ثم بمتابعة المراجعة والتنقيح لخطة الخدمة الفردية للأسرة (IFSP) (خطة العناية).
- مراجعة الـ IFSP للتأكد من أنها مطابقة مع كافة القواعد والأنظمة المرعية الإجراء.
- مواصلة الإتصال المستمر مع العائلة من أجل مراقبة ومراجعة تطبيق خطة الـ IFSP.
- إبلاغ العائلة بكافة الخدمات المتوفرة ومقدميها. ويكون صلة الوصل بينها وبين الموارد الإجتماعية المناسبة.
- يتواصل مع العائلة وكافة الأفراد والوكالات التي تقدم الدعم او المساعدة او الخدمات لإعلامها بأي تغيرات وتقدم.
- يساعد على حل الإشكالات.
- يحدد رضى العائلة.
- يساعد في فترات الإنتقال بين البرامج.

بيئة طبيعية ☐ نعم
☐ لا (تعليل)

التقدم

كفريق، متى سنقيس التقدم نحو هذه النتيجة؟ (جدول زمني)

كفريق، كيف سنقيس التقدم نحو هذه النتيجة؟ (الإجراء)
سيُقاس التقدم نحو النتيجة بـ :

سيكون فريقنا مرتاحاً بأننا إنتهينا من هذه النتيجة عندما: (المعايير)

إسم الولد: تاريخ الولادة:

النتيجة للولد/للعائلة

نتيجة رقم ٢:	(هدف عملي على المدى البعيد)

بيان النتيجة

(ما الذي تتوقعه العائلة لولدها/ للعائلة نتيجة للدعم والخدمات من التدخل المبكر؟)

الأهداف على المدى القريب

ما هي الأهداف على المدى القريب التي ستساعدنا على إحراز التقدم نحو النتيجة؟

الهدف على المدى القريب	الميقات	تاريخ الإنجاز
١-		
٢-		
٣-		
٤-		
٥-		
٦-		

الإستراتيجيات

(*من* يفعل *ماذا* في *أي* من النشاطات والمهمات والأماكن اليومية؟)

بيئة طبيعية ☐ نعم
☐ لا (تعليل)

كفريق، متى سنقيس التقدم نحو هذه النتيجة؟ (جدول زمني)

كفريق، كيف سنقيس التقدم نحو هذه النتيجة؟ (الإجراء)
سيُقاس التقدم نحو النتيجة بـ :

سيكون فريقنا مرتاحاً بأننا إنتهينا من هذه النتيجة عندما: (المعايير)

إسم الولد: تاريخ الولادة:

النتيجة للولد/للعائلة

نتيجة رقم ٣: **(هدف عملي على المدى البعيد)**

بيان النتيجة

(ما الذي تتوقعه العائلة لولدها/للعائلة نتيجة للدعم والخدمات من التدخل المبكر؟)

الأهداف على المدى القريب

ما هي الأهداف على المدى القريب التي ستساعدنا على إحراز التقدم نحو النتيجة؟

الهدف على المدى القريب	الميقات	تاريخ الإنجاز
١-		
٢-		
٣-		
٤-		
٥-		
٦-		

الإستراتيجيات

(*من* يفعل *ماذا* في *أي* من النشاطات والمهمات والأماكن اليومية؟)

بيئة طبيعية ☐ نعم

☐ لا (تعليل)

كفريق، متى سنقيس التقدم نحو هذه النتيجة؟ (جدول زمني)

كفريق، كيف سنقيس التقدم نحو هذه النتيجة؟ (الإجراء)
سيُقاس التقدم نحو النتيجة بـ :

سيكون فريقنا مرتاحاً بأننا إنتهينا من هذه النتيحة عندما: (المعايير)

إسم الولد: تاريخ الولادة:

النتيجة للولد/للعائلة

نتيجة رقم ٤: **(هدف عملي على المدى البعيد)**

بيان النتيجة

(ما الذي تتوقعه العائلة لولدها/للعائلة نتيجة للدعم والخدمات من التدخل المبكر؟)

الأهداف على المدى القريب

ما هي الأهداف على المدى القريب التي ستساعدنا على إحراز التقدم نحو النتيجة؟

الهدف على المدى القريب	الميقات	تاريخ الإنجاز
١-		
٢-		
٣-		
٤-		
٥-		
٦-		

الإستراتيجيات

(*من* يفعل *ماذا* في *أي* من النشاطات والمهمات والأماكن اليومية؟)

بيئة طبيعية ☐ نعم

☐ لا (تعليل)

كفريق، متى سنقيس التقدم نحو هذه النتيجة؟ (جدول زمني)

كفريق، كيف سنقيس التقدم نحو هذه النتيجة؟ (الإجراء)
سيُقاس التقدم نحو النتيجة بـ :

سيكون فريقنا مرتاحاً بأننا إنتهينا من هذه النتيحة عندما: (المعايير)

إسم الولد: **تاريخ الولادة:**

تعليل البيئة الطبيعية

يجب توفير الدعم والخدمات في إطارات تكون طبيعية او نموذجية لإطفال من نفس السن (أي، بيئات طبيعية). في حال قررنا كفريق أنه ليس بوسعنا تحقيق تنيجة في بيئة طبيعية، علينا أن نصِف كيفية توصلنا إلى هذا القرار، وتحديد الخطوات التي سنتخذها لنقل الدعم والخدمات إلى بيئات طبيعية في أقرب وقت ممكن.

تنيجة رقم:	خدمات / دعم	إطار (إطار البيئة الغير طبيعية حيث ستوفر الخدمات والدعم

توضيح سبب عدم إمكان تحقيق النتيجة في بيئة طبيعية:

الخطة لنقل الخدمات و/او الدعم إلى بيئات طبيعية:

إسم الولد: **تاريخ الولادة:**

خطة الإنتقال

تاريخ الميلاد الثالث للولد:		التاريخ المتوقع للإنتقال:	
تاريخ الإجتماع التشاوري حول الإنتقال:**		☐ بدء العام الدراسي الذي سيصبح فيه الولد في سن الثالثة ☐ بدء العام الدراسي الذي يلي ميلاد الولد الثالث	
تاريخ خروج الولد من برنامج التدخل المبكر		☐ التاريخ الآخر خلال العام الدراسي الذي سيصبح فيه الولد في سن الثالثة	

[** ٩٠ يوماً على الأقل و٩ أشهر على الأكثر قبل التاريخ **المتوقع** للإنتقال، ولكن في تاريخ لا يتعدى الـ ٩٠ يوماً قبل الميلاد الثالث.]

الأولويات والأهداف لإنتقال الولد:

متطلبات ونشاطات التخطيط للإنتقال	أدوار الأشخاص المسؤولين	تاريخ البدء	تاريخ الإنجاز
أ) يُبحث مع الأهل ما معنى "الإنتقال" من مرحلة التدخل المبكر، بما فيه إرشادات الأهلية والسن لخدمات التدخل المبكر، وما يمكن عمله للتخطيط لهذا الإنتقال.			
ب) يُبحث مع الأهل خيارات البرامج الممكنة (بما فيها خدمات التعليم الخاص لمرحلة ما قبل المدرسة؛ برنامج "هيد ستارت"؛ رعاية الأطفال وغيرها من الخدمات الإجتماعية) والتي قد تكون متوفرة عندما يصبح ولدنا غير مؤهل.			
ج) إبلاغ قسم المدرسة باسم الولد وعنوانه ورقم هاتفه وتاريخ ميلاده في تاريخ لا يتعدى _____ إلا إذا اعترض الأهل.			
د) إعطاء الفرصة للأهل للإجتماع بممثلي برامج ما قبل المدرسة او غيرها من البرامج الإجتماعية والحصول على المعلومات منها، حسبما هو مناسب.			
ه) مساعدة الولد والعائلة على الإستعداد للتغيرات والتكيفات مع الإطار الجديد.			
و) بموافقة الأهل، إرسال المعلومات (ومنها التقييمات والـ IFSP)			
ز) مساعدة الأهل على معرفة حقوقهم وفهمها، وتطوير مهارات الدفاع عنها.			
ح) جدولة الإجتماع التشاوري للإنتقال ودعوة المشاركين.			
ط) غيرها من نشاطات التخطيط للإنتقال:			

إسم الولد: **تاريخ الولادة:**

الإجتماع التشاوري للإنتقال

يجب عقد إجتماع تشاوري للإنتقال في مهلة لا تقل عن ٩٠ يوماً قبل التاريخ المتوقع للإنتقال ولكن لا تتعدى ٩٠ يوماً قبل الميلاد الثالث للولد. ويُدعى لهذا الإجتماع الأهل وموظفو التدخل المبكر ووكالة التربية المحلية و"هيد ستارت" وغير ذلك من مقدمّي الخدمات الإجتماعية، حيث يكون ملائماً. يرجى استخدام **صفحة التوقيع** لتوثيق حضور/مشاركة أعضاء الفريق.

متطلبات الإجتماع التشاوري للإنتقال	الخطوات العملية / النشاطات	أدوار الأشخاص المسؤولين	تاريخ البدء	تاريخ الإنجاز
أ) المراجعة مع الأهل خيارات البرامج لولدهم لفترة ما بين الميلاد الثالث لولدهم وحتى نهاية العام الدراسي .				
ب) بموافقة الأهل، نقل الملف (بما فيه معلومات التقييمات وخطة الخدمة الفردية للأسرة IFSP).				
ج) تقرير النشاطات التي يجب إتمامها قبل انتقال الولد إلى إطار الخدمة الجدديدة (بما فيها التسجيل، التلقيحات، مسائل المواصلات، الإحتياجات الطبية، الخ...).				
د) مراجعة معلومات التقييم الحالية وتقرير ما إذا كانت تقييمات إضافية ضرورية لتحديد الأهلية قبل الإنتقال.				
ه) تقرير موعد التقاء فريق البرنامج التعليمي الشخصي (IEP) لوضع هذا البرنامج. (على الأقل ١٥ يوماً قبل الميلاد الثالث للولد، إن لم يتم ذلك في إجتماع الإنتقال.)				
و) مساعدة العائلة على مكان وموعد انتقال الولد.	**سينتقل الولد إلى:** **في تاريخ:**			
ز) تقرير ما إذا كان هناك ضرورة للمتابعة بعد الإنتقال (بما فيه تنسيق الخدمات والتشاور مع الموظفين الجدد)				
ح) تقرير كيفية تقييم سلاسة الإنتقال وفعاليته.				

الدعم والخدمات اللازمة لتحقيق النتائج

في ما يلي موجز للقرارات التي اتخذها فريق خطة الخدمة الفردية للأسرة (IFSP) في ما يتعلق بالدعم والخدمات اللازمة لتحقيق **كافة النتائج**. الطريقة المتبعة لتسليم الخدمة موثقة على كل صفحة من صفحات "نتائج الـ IFSP".

الدعم والخدمات في إطار الـ IFSP	يساعد على عدد النتائج	الإطار	الأسلوب (مثلاً جماعي أو فردي)	الوتيرة (مثلاً مرة شهرياً، مرتين بالأسبوع)	الزخم (الوقت)	مقدم الخدمة المؤهل والمعتمد	مصدر التمويل	تاريخ البدء	تاريخ الإنتهاء
إدارة الحالة	**الكل**								

إسم الولد: تاريخ الولادة:

الدعم والخدمات اللازمة لتحقيق النتائج

خدمات أخرى:
هذه خدمات يحتاج إليها الولد والعائلة ولكنها غير مخولة بموجب "القسم C". وقد تشمل الخدمات الأخرى الخدمات الطبية مثل فحوصات الولد العادية، المراجعات مع الأخصائيين لأغراض طبية، الخ...

الخدمة	مقدم الخدمة	الموقع	مصادر التمويل او الخطوات التي يجب اتخاذها لتأمين توافر الخدمات

إسم الولد: **تاريخ الولادة:**

خطة الخدمة الفردية للأسرة (IFSP) - التواقيع

شارك الأفراد الواردة أسماؤهم ههنا في تطوير هذه الخطة و/او سيساعدون على تنفيذها.
يُستخدم هذا النموذج أيضاً لتوثيق تواقيع المشاركة في الإجتماع التشاوري للإنتقال.

ملاحظة: يجب أن يشتمل فريق خطة الخدمة الفردية للأسرة: الأهل/الوصي؛ المسؤول عن الحالة؛ الشخص/الأشخاص الذين يقومون بالتقييمات؛ غيرهم من الأشخاص بناءً على طلب الأهل (أفراد العائلة، اصدقاء، مدافعون)؛ وأفراد يقدمون الخدمات إلى الولد والعائلة.

الإسم (دوره/إختصاصه، ترخيصه/إعتماده)	التوقيع	التاريخ	طريقة المشاركة	الوكالة / بيانات الإتصال	وقت حضوره
المسؤول عن الحالة					

علاوة على أعضاء الفريق المدرجة أسماؤهم أعلاه، يجب إرسال هذه الخطة إلى: *

* ملاحظة: يجب ملء نموذج التخويل بتحرير الخطة

مقدم الرعاية الصحية الأولي:

غيره:

موافقة الأهل / الأوصياء على توفير خدمات التدخل المبكر

☐ إستلمت نسخة خطية وتوضيحاً شفهياً بخصوص حقوقي. أنا أفهم هذه الحقوق.

☐ شاركت مشاركة كاملة في تطوير هذه الخطة؛ و

☐ أعطي موافقتي المطلعة على تنفيذ خطة الخدمة الفردية للأسرة (**IFSP**) هذه، كما هي مدونة. (وتعني الموافقة أنني قد اطلعت على كل المعلومات بشأن النشاطات التي تُطلب موافقتي عليها، وذلك بلغتي الأم (إلا إذا كان ذلك مستحيلاً) او بأي اسلوب تواصل آخر؛ وأنني أدرك وأوافق خطياً على تنفيذ النشاطات التي تُطلب موافقتي عليها؛ وأن الموافقة تصِف النشاطات؛ وأن إعطائي موافقتي طوعي ويمكنني سحبه خطياً في أي وقت كان)؛ او

☐ **لا أقبل** بتنفيذ هذه الخطة كما هي موضوعة خطياً، ولكن **أوافق** على البدء بتوفير الخدمات التالية:

_____

☐ أقر بأن ولدي مؤهل للحصول على كافة الخدمات المبينة في خطة الخدمة الفردية للأسرة وبأنني أدرك طبيعة الخدمات المقدمة في إطار هذه الخطة وأنه يجب عليّ إعطاء موافقتي الخطية قبل الحصول على الخدمات. أقر أيضاً بأن رفضي الخدمات لا يعرّض أي خدمة تدخل مبكر أخرى أتلقاها لولدي او لعائلتي من قبل CDS (وكالة خدمات تنمية الطفل). أدرك أنه بوسعي تغيير رأيي، وفي هذه الحال سأتصل بالمسؤول عن حالتي.

☐ أقر بأن خطة الخدمة الفردية للأسرة الخاصة بولدي ستوزع على مقدّمي الخدمات التابعين لوكالة خدمات تنمية الطفل (CDS) الذين يعملون مع ولدي وعائلتي على تنفيذ خطة الخدمة الفردية للأسرة (IFSP).

توقيع الأهل/الأوصياء: _____ **التاريخ:** _____

توقيع الأهل/الأوصياء: _____ **التاريخ:** _____

إسم الولد: **تاريخ الولادة:**

المراجعة الدورية لخطة الخدمة الفردية للأسرة (IFSP)

يجب إجراء مراجعة لخطة الخدمة الفردية للأسرة مرة على الأقل كل ستة أشهر. تُسجل تواريخ كل المراجعات على الصفحة الغلافية. راجع صفحات **"النتيجة للولد/للعائلة"** وصفحة **"الدعم والخدمات"** في حال:

١) وجود ضرورة لتغيير او زيادة الإسترتيجيات او الخدمات؛ او
٢) تعديل نتيجة؛ او
٣) إضافة نتيجة

نتيجة رقم:	**تاريخ المراجعة**	**وصف التقدم المحرز**	**الوضعية** (علّم مربع واحد)
			☐ حققت النتيجة ☐ متابعة النتيجة ☐ تعديل النتيجة / الإستراتيجيات/ الخدمات
			☐ حققت النتيجة ☐ متابعة النتيجة ☐ تعديل النتيجة / الإستراتيجيات/ الخدمات
			☐ حققت النتيجة ☐ متابعة النتيجة ☐ تعديل النتيجة / الإستراتيجيات/ الخدمات
			☐ حققت النتيجة ☐ متابعة النتيجة ☐ تعديل النتيجة / الإستراتيجيات/ الخدمات
			☐ حققت النتيجة ☐ متابعة النتيجة ☐ تعديل النتيجة / الإستراتيجيات/ الخدمات

إسم الولد: **تاريخ الولادة:**

المراجعة الدورية لخطة الخدمة الفردية للأسرة (IFSP)

موافقة الأهل/الأوصياء على توفير خدمات التدخل المبكر
إستناداً إلى مراجعة خطة الخدمة الفردية للإسرة (IFSP)

☐ إستلمت نسخة خطية وتوضيحاً شفهياً بخصوص حقوقي. أنا أفهم هذه الحقوق.

☐ شاركت مشاركة كاملة في تطوير هذه الخطة؛ و

☐ أعطي موافقتي المطلعة على تنفيذ خطة الخدمة الفردية للأسرة (**IFSP**) هذه، كما هي مدونة. (وتعني الموافقة أنني قد إطلعت على كل المعلومات بشأن النشاطات التي تُطلب موافقتي عليها، وذلك بلغتي الأم (إلا إذا كان ذلك مستحيلاً) او بأي اسلوب تواصل آخر؛ وأنني أدرك وأوافق خطياً على تنفيذ النشاطات التي تُطلب موافقتي عليها؛ وأن الموافقة تصِف النشاطات؛ وأن إعطائي موافقتي طوعي ويمكنني سحبه خطياً في أي وقت كان)؛ او

☐ **لا أقبل** بتنفيذ هذه الخطة كما هي موضوعة خطياً، ولكن **أوافق** على البدء بتوفير الخدمات التالية:

_____

☐ أقر بأن ولدي مؤهل للحصول على كافة الخدمات المبينة في خطة الخدمة الفردية للأسرة وبأنني أدرك طبيعة الخدمات المقدمة في إطار هذه الخطة وأنه يجب عليّ إعطاء موافقتي الخطية قبل الحصول على الخدمات. أقر أيضاً بأن رفضي الخدمات لا يعرّض أي خدمة تدخل مبكر أخرى أتلقاها لولدي او لعائلتي من قبل CDS (وكالة خدمات تنمية الطفل). أدرك أنه بوسعي تغيير رأيي وفي هذه الحال سأتصل بالمسؤول عن حالتي.

☐ أقر بأن خطة الخدمة الفردية للأسرة الخاصة بولدي ستوزع على مقدّمي الخدمات التابعين لوكالة خدماتتنمية الطفل (CDS) الذين يعملون مع ولدي وعائلتي على تنفيذ خطة الخدمة الفردية للأسرة (IFSP).

توقيع الأهل/الأوصياء: _____ **التاريخ:** _____

توقيع الأهل/الأوصياء: _____ **التاريخ:** _____

تواقيع أعضاء الفريق

الإسم (دوره/إختصاصه، ترخيصه/إعتماده)	التوقيع	التاريخ	طريقة المشاركة	الوكالة / بيانات الإتصال	وقت حضوره
المسؤول عن الحالة					

علاوة على أعضاء الفريق المدرجة أسمائهم أعلاه، يجب إرسال هذه الخطة إلى: *

* ملاحظة: يجب ملء نموذج التخويل بتحرير الخطة

مقدم الرعاية الصحية الأولي:

غيره:

إسم الولد: **تاريخ الولادة:**

الموارد المالية: وهي الموارد التي يمكن استخدامها من أجل دعم الخدمات المحددة في هذه الخطة.

	هل لديك؟	**هل تخول إستخدامها؟**	**رقم**
"ماين كاير"	☐ قيد الطلب ☐ **نعم** ☐ **لا**	☐ نعم ☐ لا	

	هل لديك؟	**هل تخول إستخدامها؟**	**رقم**	**قيود**
شركة تأمين	☐ قيد الطلب ☐ **نعم** ☐ **لا**	☐ نعم ☐ لا	**يرجى تعبئة المعلومات أدناه**	
إسم الشركة:				
إسم حامل عقد التأمين:				
رقم الضمان الإجتماعي للحامل:				
رقم عقد التأمين:				
رقم مجموعة عقد التأمين:				

حقوقي في ما يتعلق بتمويل الخدمات لولدي من قبل الغير قد تم توضيحها لي خطياً.

_____ _____/_____/_____

توقيع الأهل / الأوصياء **التاريخ**

_____ _____/_____/_____

توقيع المصادقة على التدخل المبكر **التاريخ**

الموقع:

مصادقة مقدّم الرعاية الصحية الأولي

إسم الولد:	
تاريخ الولادة:	
تاريخ خطة الخدمة الفردية للأسرة الحالية :	
هل هذه مراجعة دورية؟	
تاريخ المراجعة الدورية:	
الطبيب:	

لقد قرأت نص خطة الخدمة الفردية للأسرة / المراجعة الدورية لهذا الولد.

☐ **أوافق على هذه الخطة** ☐ **لا أوافق على هذه الخطة**

توقيع مقدّم الرعاية الصحية الأولي _____ التاريخ _____

تشترط "ماين كاير" أن يوافق مقدّم الرعاية الصحية الأولي على خطة الخدمة الفردية للأسرة.

ملاحظات:

يرجى توقيع هذه الصفحة وإرجاعها إلى وكالة "خدمات تنمية الطفل".

يرجى الملاحظة أن الخطة المرفقة هي للإحتفاظ بها في سجلاتكم.

وشكراً.