القسم ١. المعلومات التعريفية

إسم الطفل:	**تاريخ الولادة:**
عنوان سكن الولد:	
رقم "ماين كاير"(Maine Care):	**رقم تعريف الحالة (Case-E):** ☐ أنثى ☐ ذكر
تاريخ الإحالة:	**تاريخ موعد الـ ٤٥ يوماً:**
تاريخ تحديد الأهلية:	**تاريخ ثالث ميلاد:**
تاريخ خطة الـ IFSP :	**التاريخ المتوقع للمراجعة:**
التاريخ الفعلي للمراجعة:	**هذه الخطة هي** : (إختر مربع واحد): ☐ **الـ** IFSP **المرحلية** ☐ **الـ** IFSP **الأولى**
التاريخ المتوقع للإجتماع السنوي:	☐ **الـ** IFSP **السنوية** ☐ **التقييم من قبل فرق عديدة**
تاريخ إجتماع التشاور للإنتقال:	☐ **تعديل**
الوالد/الوصي:	**الوالد/الوصي:**
العلاقة:	**العلاقة:**
العنوان البريدي:	**العنوان البريدي:**
الهاتف:	**الهاتف:**
العنوان الالكتروني:	**العنوان الالكتروني:**
موقع CDS (وكالة خدمات تنمية الطفل):	**الطبيب:**
المسؤول عن الحالة:	**العنوان:**
الهاتف:	**الهاتف:**
العنوان الإلكتروني:	

القسم ٢. روتين وأولويات العائلة

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 لإسم الوالد) _____

الروتين والنشاطات والأماكن اليومية

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

ملخص لهموم العائلة: (بناءً على 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 لك العون)

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 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:

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".

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؟

القسم ٣. القدرات ونقاط القوة والإحتياجات الحالية

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

إسم الولد:		**تاريخ الولادة:**		
أداة التقييم:		**تاريخ التقييم:**		
أعضاء فريق التقييم:				

ملخص:

أ. مهارات المساعدة الذاتية او المهارات التكييفية (الأكل واللبس والنظافة الشخصية):	
مكامن القوة:	
الإحتياجات:	
ب. المهارات الإجتماعية والعاطفية (التعبير والإستجابة للشعور والتفاعل مع الآخرين):	
مكامن القوة:	
الإحتياجات:	
ج. التواصل: اللغة التعبيرية والإستقبالية:	
مكامن القوة:	
الإحتياجات:	
د. البدنية: المهارات الحركية الكبيرة والصغيرة (إستخدام اليدين وحركة الجسم):	
مكامن القوة:	
الإحتياجات:	
ه. المهارات الإدراكية (اللعب، التفكير، الإستكشاف):	
مكامن القوة:	
الإحتياجات:	
و. ملخص للوضع الصحي ذات الصلة بالموضوع (ومنه البصر والسمع):	

إسم المقيّم، مؤهلاته المهنية، دوره/منظمته، توقيعه والتاريخ				
الإسم مكتوب بوضوح	**المؤهلات المهنية**	**الدور / المنظمة**	**التوقيع**	**التاريخ**

القسم ٤. التقييم

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

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

القسم ٥. تحديد الأهلية

الأهلية للحصول على خدمات "القسم C" للتدخل المبكر في 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 بما أقله ١,٥ إنحراف معياري من الحرز المتوسط في الأداة التقييمية النمائية المختارة في إثنين او أكثر من المجالات النمائية الخمس.

سجل المجالات:

☐ تأخير بما أقله ٢,٠ إنحراف معياري من الحرز المتوسط في واحدة على الأقل من المجالات النمائية الخمس.

سجل المجالات:

☐ رأي سريري مطلع

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 ونقاط القوة والإحتياجيت الحالية.**

القسم ٦. النتيجة للولد/للعائلة

النتيجة رقم: _____ (الهدف الوظيفي الطويل المدى)	**بيان النتيجة** (ما الذي تنتظره العائلة للولد و/او لنفسها نتيجة لخدمات ودعائم التدخلات المبكرة ؟)

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

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 الإستراتيجيات او الخدمات؛ او
٢) تعديل نتيجة؛ او
٣) إضافة نتيجة جديدة.

تاريخ مراجعة النتيجة:	**الوضعية** (علّم مربع واحد)
توضيح للتقدم المحرَز:	☐ حققت النتيجة ☐ متابعة النتيجة ☐ تعديل النتيجة ☐ تعديل الإستراتيجيات/ الخدمات

بيئة طبيعية؟ ☐ نعم ☐ لا (يرجى التعليل)

تعليل البيئة الطبيعية
يجب توفير الدعم والخدمات في أطر 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 نوضح كيف توصلنا إلى هذا القرار، وتحديد الخطوات التي سنتخذها لنقل الدعم والخدمات إلى بيئات طبيعية في أقرب وقت ممكن.

الإطار (الإطار البيئي الغير طبيعي حيث ستوفر الخدمات/الدعم):

توضيح سبب عدم تحقيق النتيجة في بيئة طبيعية:

الخطة لنقل الخدمات و/او الدعم إلى بيئات طبيعية:

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)

النتيجة رقم: _____	**بيان النتيجة** (ما الذي تنتظره العائلة للولد و/او لنفسها نتيجة لخدمات ودعائم التدخلات المبكرة ؟)
(الهدف الوظيفي الطويل المدى)	

الإستراتيجيات

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

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:

٤) وجود ضرورة لتغيير او زيادة الإستراتيجيات او الخدمات؛ او

٥) تعديل نتيجة؛ او

٦) إضافة نتيجة جديدة.

تاريخ مراجعة النتيجة:	**الوضعية** (علّم مربع واحد)
توضيح للتقدم المحرَز:	☐ حققت النتيجة ☐ متابعة النتيجة ☐ تعديل النتيجة ☐ تعديل الإستراتيجيات/ الخدمات

بيئة طبيعية؟ ☐ نعم ☐ لا (يرجى التعليل)

تعليل البيئة الطبيعية

يجب توفير الدعم والخدمات في أطر 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 نوضح كيف توصلنا إلى هذا القرار، وتحديد الخطوات التي سنتخذها لنقل الدعم والخدمات إلى بيئات طبيعية في أقرب وقت ممكن.

الإطار (الإطار البيئي الغير طبيعي حيث ستوفر الخدمات/الدعم):

توضيح سبب عدم تحقيق النتيجة في بيئة طبيعية:

الخطة لنقل الخدمات و/او الدعم إلى بيئات طبيعية:

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)

القسم ٧. خطة الإنتقال

عندما يكون ولدك بين عمر السنتين وثلاثة أشهر (٢. ٣) والسنتين وتسعة أشهر (٢. ٩)، يجب التخطيط من أجل تحديد ما إذا كان الولد مؤهلاً للحصول على الخدمات بموجب "القسم **B**"، وهي خدمات التعليم الخاص لمرحلة ما قبل المدرسة، عند بلوغه سن الثالثة. يجب عقد إجتماع تشاوري حول موضوع الإنتقال ضمن فترة أقلها ٩٠ يوماً وأقصاها ٩ أشهر قبل تاريخ الميلاد الثالث للولد.

تاريخ الميلاد الثالث للولد:	**تاريخ الإجتماع التشاوري حول الإنتقال:**
الأولويات والأهداف لإنتقال الولد:	

متطلبات ونشاطات التخطيط للإنتقال	أدوار الأشخاص المسؤولين	تاريخ البدء	تاريخ الإنجاز
يُبحث مع الأهل ما معنى "الإنتقال" من مرحلة التدخل المبكر إلى خدمات "القسم B"- التربية الخاصة لمرحلة ما قبل المدرسة - بما فيه الإرشادات المتعلقة بالأهلية والسن للتعليم الخاص في مرحلة ما قبل المدرسة.			
مراجعة مستوى الأداء الحالي للولد والتقييمات الأخيرة. تحديد، إن لزمَ الأمر، أية تقييمات يجب إنجازها من أجل تحديد الأهلية لخدمات التعليم الخاص في مرحلة ما قبل المدرسة. *موافقة الأهل على التقييم – هل تم توقيعها وإستلامها؟* _____			
بموافقة الأهل، إرسال المعلومات (بما فيها التقييمات والـ IFSP) *تاريخ الموافقة:* _____ *الأحرف الأولى للإسم:* _____			
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 عند إنتهاء أهلية الولد لخدمات التدخل المبكر.			
إعطاء الفرصة للأهل للإجتماع بممثلي برامج ما قبل المدرسة او غيرها من البرامج الإجتماعية والحصول على المعلومات منهم، حسبما هو مناسب.			
جدولة الإجتماع التشاوري للإنتقال ودعوة المشاركين.			
غيرها من نشاطات التخطيط للإنتقال:			

القسم ٨. الإجتماع التشاوري للإنتقال

عندما يكون ولدك بين عمر السنتين وثلاثة أشهر (٢. ٣) والسنتين وتسعة أشهر (٢. ٩)، يجب التخطيط من أجل تحديد ما إذا كان الولد مؤهلاً للحصول على الخدمات بموجب "القسم **B**"، وهي خدمات التعليم الخاص لمرحلة ما قبل المدرسة، عند بلوغه سن الثالثة. يجب عقد إجتماع تشاوري حول موضوع الإنتقال ضمن فترة أقلها ٩٠ يوماً وأقصاها ٩ أشهر قبل تاريخ الميلاد الثالث للولد.

*** يرجى استخدام صفحة التوقيع لتوثيق حضور/مشاركة أعضاء الفريق.**

تاريخ الإجتماع التشاوري للإنتقال:	
هل الولد مؤهل للقسم B- التعليم الخاص لمرحلة ما قبل المدرسة؟	☐ نعم ☐ لا
إذا نعم، هل تم وضع البرنامج التعليمي الخاص (IEP) خلال الإجتماع التشاوري؟	☐ نعم ☐ لا
إذا لا، ما هو التاريخ الذي حدد فيه موعد لوضع البرنامج التعليمي الخاص (IEP)؟ (قبل ١٥ يوماً من تاريخ الميلاد الثالث للولد)	التاريخ:
هل تم الحصول على موافقة الأهل على التعيين؟	☐ نعم (التاريخ): ☐ لا

القسم ٩. 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 رقم النتائج	الإطار	الأسلوب	الوتيرة	الزخم	مقدم الخدمة المؤهل والمعتمد	مصدر التمويل	تاريخ البدء	تاريخ الإنتهاء

القسم ١٠. خدمات اخرى

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

القسم ١١. خطة الخدمة الفردية للأسرة (IFSP) – التواقيع

شارك الأفراد الواردة أسماؤهم أدناه 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 (IFSP) على 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.

☐ ***إجتماع الـ*** IFSP ***الأولي*** ☐ ***إجتماع الـ*** IFSP ***للمراجعة الدورية*** ☐ ***الإجتماع التشاوري للإنتقال***

الإسم (بخط واضح) (دوره/إختصاصه، ترخيصه/إعتماده)	**التوقيع**	**التاريخ**	**طريقة المشاركة**	**الوكالة / معلومات للإتصال**	**وقت حضوره**

علاوة على أعضاء الفريق المدرجة أسماؤهم أعلاه، يجب إرسال هذه الخطة إلى: (إكمال نموذج التخويل بالكشف عن المعلومات)
مقدم الرعاية الصحية الأولي:
غيره:

القسم ١٢. موافقة الأهل / الأوصياء على توفير خدمات التدخل المبكر/ القسم C

☐ 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 كافة 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 توضح ماهية النشاطات؛ وأن إعطائي موافقتي هو 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 يعرّضني لفقدان 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 مقدمّي الخدمات التابعين لوكالة خدمات تنمية الطفل (CDS) الذين يعملون مع ولدي وعائلتي على تنفيذ خطة الخدمة الفردية للأسرة (IFSP).

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

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 بوليصة التأمين:				
رقم الضمان الإجتماعي لحامل البوليصة:				
رقم بوليصة التأمين:				
رقم بوليصة التأمين الجماعية:				

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**

موقع الـ CDS :
(وكالة خدمات تنمية الأطفال)

مصادقة مقدّم الرعاية الصحية الأولي

إسم الولد:	
تاريخ الولادة:	
تاريخ خطة الخدمة الفردية للأسرة (IFSP) الحالية :	
هل هذه مراجعة دورية؟	☐ نعم ☐ لا
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" (CDS).

يرجى الملاحظة أن الخطة المرفقة هي للإحتفاظ بها في سجلاتكم.

وشكراً.