緬因州 C 部分計劃

個別化家庭服務計劃（IFSP）

孩子姓名:

出生日期

☐女 ☐ 男

緬因州護理中心編號
(MaineCare)

推薦介紹日期:

45 天時間線的日期:

資格認定日期:

三周歲生日日期:

個別化家庭服務計劃預定日

個別化家庭服務計劃預定核查日期:

本計劃為:（只勾選其中之一）

☐ 個別化家庭服務中期計劃(Interim IFSP)

☐ 個別化家庭服務初次計劃

☐ 個別化家庭服務年度計劃（用新的表格）

個別化家庭服務計劃實際核查日期:

個別化家庭服務計劃年度會議預定日期:

轉移銜接會議日期:

家長/監護人:

與殘障孩子的關係:

電話:

通訊位址:

家長/監護人:

與殘障孩子關係:

電話:

通訊位址:

孩子的實際住址:

學校學制:

個案經理:

電話:

通訊位址:

基本保健醫生:

電話:

通訊位址:

孩子姓名:　　出生日期:

家庭日常生活和首要問題

日常生活、活動和地點

低齡孩子通過他們的日常生活、參與他們喜歡並經常參加的活動得到最好的學習。瞭解孩子通常在哪些地方度過時間對於小組成員很有幫助，這樣我們可以爲你的家庭相應地制定早期干預支援和服務計劃。

我選擇不在個別家庭服務計畫(IFSP)中就我的擔憂、首要問題、資源和/或包括本聲明方面的內容分享我的資訊。我理解，只要我的孩子有資格，即使我不填寫本章節，他/她仍然可以接受到此項服務。 _____(家長簽名)

你的孩子在哪里、和誰在一起?

請告訴我們關於你孩子以及你家庭日常生活和活動的一些資訊。除了你孩子的日常活動外，也許你也希望告訴我們你經常做的、且對孩子和家庭非常重要的事情。如，拜訪朋友和家庭成員、宗教信仰慶祝活動、社區以及/或者文化活動。

描述你的家庭現在或者將來希望能做，並且願意得到一些幫助的活動。

如果現在還沒有此類活動或者設想，我們將在此欄填寫“沒有”。

孩子姓名:　　出生日期：

家庭日常生活和首要問題

描述你孩子最喜歡的人物、玩具、活動、日常生活和地方。	描述你孩子感到有挑戰或者困難的人物、玩具、活動、日常生活和地方。

孩子姓名:　　出生日期:

家庭日常生活和首要問題

與促進孩子發展和在日常活動和生活習慣中遇到的挑戰相關的 **家庭的擔憂、首要問題和資源。**	我選擇不在個別家庭服務計畫(IFSP)中就我的擔憂、首要問題、資源和/或包括本聲明方面的內容分享我的資訊。我理解，只要我的孩子有資格，即使我不填寫本章節，他/她仍然可以接受到此項服務。 _____(家長簽名)

家庭擔憂的總結：（基於日常生活中遇到的挑戰）

家庭首要問題（基於上述確定的擔憂）

家庭在滿足孩子需求方面的優勢及資源（包括有助於你的家庭、朋友、社區團體、財務支持等）

除了你已經提供的資訊外，你是否還有其他資訊希望告訴我們？這些資訊將有助於你和我們一起制定支援和服務計劃，幫助解決對你孩子或者家庭來說最重要的問題。

孩子姓名:　　出生日期:

現有能力、優勢和需求

本表格用於記錄對你孩子作評估期間收集到的資訊。這些資訊可以幫助我們瞭解你孩子的優勢，以及對你孩子構成挑戰、同時可能會影響他/她參與家庭或者社區活動的能力的事項。要在本表格中記錄足夠多的資訊，以支援孩子是否有資格接受服務的決定，並爲家庭和服務提供者在制定符合孩子優勢和需求，並含有目標和策略的計劃時，提供參考依據。

A. 相關健康狀況總結（包括視力和聽力）

B. 使用手和移動身體（粗大和精細運動技能）_____

孩子喜歡並且擅長的事項:	孩子不喜歡並且需要幫助的事項:

孩子姓名:　　出生日期:

現有能力、優勢和需要

C. 理解/溝通（接受性語言和表達性語言能力）

孩子喜歡並且擅長的事項:	孩子不喜歡並且需要幫助的事項:

D. 遊戲、思考和探索（認知技能）: _____

孩子喜歡和擅長的事項:	孩子不喜歡並且需要幫助的事項:

孩子姓名:　　出生日期:

現有能力、優勢和需求

E. 對感受的表達和反應以及與他人的互動（社會生活/情感）	
孩子喜歡並且擅長的事項:	孩子不喜歡並且需要幫助的事項:

F. 吃、穿、如廁（自理或適應能力）: _____	
孩子喜歡並且擅長的事項:	孩子不喜歡且需要幫助的事項:

孩子姓名: 出生日期: 評估年齡: 月齡

現有能力、優勢和需求

評估人員姓名、證件、職位/單位名稱、簽名和日期				
列印姓名	證件	職位/單位名稱	簽字	日期

孩子姓名: 出生日期: 評估年齡: 月齡

現有能力、優勢和需求

小組總結			
發展領域	**評估結果** *(包括標準偏差和標準分數)*	**採用方法/工具**	**評估日期**
認知 (思考和學習)	標準分數: 標準偏差:	巴特勒法(Battelle): ☐ 貝利法(Bayley): ☐ 其他(請注明): ☐	
交流溝通 - 表達性能力 (發出聲音、手勢和講話) - 接受性能力(理解聲音、辭彙和手勢)	標準分數: 標準偏差:	巴特勒法(Battelle): ☐ 貝利法(Bayley): ☐ 其他(請注明): ☐	
身體 - 粗大動作 (移動和使用大肌肉) - 精細動作 (使用手和手指)	標準分數: 標準偏差:	巴特勒法(Battelle): ☐ 貝利法(Bayley): ☐ 其他(請注明): ☐	
社會生活/情感 (與他人的互動)	標準分數: 標準偏差:	巴特勒法(Battelle): ☐ 貝利法(Bayley): ☐ 其他(請注明): ☐	
適應性 (餵食、吃、穿、睡)	標準分數: 標準偏差:	巴特勒法(Battelle): ☐ 貝利法(Bayley): ☐ 其他(請注明): ☐	

接受緬因州 C 部分服務的資格認定

☐ 由於他/她（勾選下列原因，可多選）方面的原因，經認定，該孩子有資格接受 C 部分服務:*

☐ 發展滯後

☐ 在五個發展領域中，按照所選發展評估工具，有兩項或兩項以上發展評估分低於平均分數 1.5 分。

列出發展領域域:

☐ 至少有一個發育領域的分數低於平均分數 2 分，在這一（些）領域，第一次接觸的資訊及/或發展篩選顯示出這種擔憂

列出發展領域域:

☐ 臨床意見

解釋: **

☐ 可能導致發展滯後成立的條件:

列出這些條件

☐ 由於他/她未滿足上述標準，該孩子不適合接受 C 部分服務。由此，本表格僅用作評估記錄.

*如果孩子被認定有資格接受服務，完成個別家庭服務計劃封面頁，並附在本檔前。支援資訊必須在現有能力、優勢和需求表格中得到反映。

**支援資訊必須在現有能力、優勢和需求表格中得到反映。

孩子姓名: 出生日期:

孩子/家庭評估結果

結果 1:	服務協調	（個案管理）

結果聲明

此家庭將獲得協助以完成個別化家庭服務計劃（也稱護理計劃）。個案經理將通過干預，使得孩子和家庭得到他們需要的支援和幫助。

短期目標

什麼樣的短期目標可以幫助我們獲得進步，向最終目標邁進？

短期目標	預計完成日期	目標達成日期
1. 該家庭所確認的擔憂、重點工作和資源在個別化家庭服務計劃中得到了表述。		
2. 爲孩子/家庭提供的服務是合適而正當的。		
3. 家庭的權益受到了保護。		

策略

個案經理:

- 幫助家庭制定個別化家庭服務計劃（護理計劃）、後續核查和修訂。
- 核查個別化家庭服務計劃，確保其符合所有適用的法律法規。
- 保持與家庭的聯繫，監測和核查個別化家庭服務計劃的實施。
- 告知家庭可以得到的所有服務、服務提供者的資訊，並協助他們與合適的社區資源取得聯繫。
- 將任何變化和進步告知家庭和任何提供支援、幫助和服務的所有個人/機構。
- 協助問題解決
- 確定家庭的滿意度
- 爲任何轉移銜接計劃提供協助

自然環境 ☐ 是 ☐ 不是 (說明理由)

進步

本小組何時按照目標，衡量獲得的進步？（時間線）

本小組如何對照目標，衡量所獲得的進步（程式）？

以下方法將用來對照目標，衡量所獲得的進步：

當滿足下列標準時，本小組將對所達到的目標感到滿意

孩子姓名: 出生日期:

孩子/家庭評估結果

結果 2	服務協調	(長期功能性目標)

目標聲明

作爲早期干預支援和服務的結果，家庭希望看到他們的孩子/家庭發生什麼變化？

短期目標

(什麼樣的短期目標可以幫助我們獲得進步，向上述最終目標邁進?)

短期目標	預計完成日期	完成目標日期
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

策略

(**誰**將在**哪一個**日常生活、活動和地點做**什麼**？)

自然環境 ☐ 是
☐ 不是(說明理由)

本小組何時按照目標，衡量獲得的進步？（時間線）

本小組如何對照目標，衡量所獲得的進步？（程式）

以下方法將用來對照目標，衡量所獲得的進步：

當滿足下列標準時，本小組將對所達到的目標感到滿意: (標準)

孩子姓名: 出生日期:

孩子/家庭評估結果

結果 3 (長期功能性目標)

結果聲明

(作爲早期干預支援和服務的結果，家庭希望看到他們的孩子/家庭發生什麼變化?)

短期目標

(什麼樣的短期目標可以幫助我們獲得進步，向上述最終目標邁進?)

短期目標	預計完成日期	完成目標日期
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

策略

(**誰**將在**哪一個**日常生活、活動和地方做**什麼**？)

自然環境 ☐ 是
☐ 不是 (說明理由)

本小組何時按照目標，衡量獲得的進步？（時間表）

本小組如何對照目標，衡量所獲得的進步？（程式）

以下方法將用來對照目標，衡量所獲得的進步：

當滿足下列標準時，本小組將對所達到的目標感到滿意：(標準)

孩子姓名: 出生日期:

孩子/家庭評估結果

結果 4 (長期功能性目標)

評估結果聲明

(作爲早期干預支援和服務的結果，家庭希望看到他們的孩子/家庭發生什麼變化)

短期目標

(什麼樣的短期目標可以幫助我們獲得進步，向上述最終目標邁進？)

短期目標	預計完成日期	完成目標日期
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

策略

(誰將在哪一個日常生活、活動和地方做什麼？)

自然環境 ☐ 是

☐ 不是 (說明理由)

本小組何時按照目標，衡量獲得的進步？（時間線）

本小組如何對照目標，衡量所獲得的進步？（程式）

以下方法將用來對照目標，衡量所獲得的進步：

當滿足下列標準時，本小組將對所達到的目標感到滿意：(標準)

孩子姓名:　　出生日期:

選擇自然環境的理由

支援和服務應在自然環境或者同齡孩子最常使用的環境中（如：自然環境）提供。如果本小組確定不能在自然環境下達到目標。我們將對如何做出該決定，以及將如何儘快將服務和支援轉移至自然環境下做出描述。

結果號碼	服務/支援	背景 (將提供服務/支援的非自然環境背景)

自然環境條件下不能達到目標的解釋：

將服務及/或支援轉移至自然環境下的計劃：

孩子姓名:　　出生日期:

轉移銜接計劃

孩子三周歲生日日期:		預計轉移日期:	
轉移銜接會議日期**		☐ 孩子滿三歲時的學年開始， ☐ 孩子三歲生日後的學年開始 ☐ 孩子滿三歲時學年中的其他時間	
孩子退出早期干預計劃的日期:			

[**至少提前預計轉移日 90 天，但不超過 9 個月，同時，要比孩子三周歲生日至少提前 3 個月。]

孩子轉移銜接的優先考慮和目標:

轉移銜接計劃的要求和活動	負責人員的作用	起始日期	完成日期
a) 與家長討論早期干預中“轉移銜接”的含義，包括早期干預的資格認定和年齡規定，以及可以爲該轉移銜接計劃所做的事情。			
b) 當孩子不再適合接受該服務時，與家長討論可以獲得的可選計劃(包括學前特殊教育、啓智教育、兒童護理和其他社區服務）			
c) 除非家長不同意，要在_____日期前，通知學校相關部門孩子的姓名、位址、電話和出生日期。			
d) 如適用，爲家長提供與學前教育學校或其他社區計劃代表見面和獲得資訊的機會。			
e) 幫助孩子和家庭爲適應新的環境變化和調整做好準備。			
f) 在得到家長同意的情況下，傳遞資訊（包括評估、評價和個別家庭服務計劃）			
g) 協助家長瞭解他們的權益，並幫助他們發展爭取權益的技能。			
h) 籌備轉移銜接會議和邀請參加人員			
i) 其他轉移銜接計劃活動:			

孩子姓名:　　出生日期

轉移銜接會議

轉移銜接會議要在預計轉移銜接日期前至少 90 天，但不遲于孩子 3 周歲生日前 90 天舉行。邀請參加的人員包括家長、早期干預工作人員、當地教育機構、啓智服務機構。如適用，邀請其他社區活動提供者。
*使用**簽名頁**記錄小組成員的出席/參加。

轉移銜接會議要求	行動步驟/活動	負責人員的作用	起始日期	完成日期
a) 與家長一起核查爲孩子制定的從三歲生日起至今後所有學年內的可選計劃				
b) 在征得家長同意的前提下，轉交記錄（包括評估和評價資訊以及現有的個別化家庭服務計劃）				
c) 確定在孩子轉移到新的服務環境前，還需要完成哪些其他活動（包括註冊、免疫、交通問題、醫療保健需求等）				
d) 核查現有評估和評價資訊，確定在轉移前是否需要進行進一步的評估，以確定接受服務的合格性。				
e) 確定個別化教育計劃小組何時開會撰寫個別化教育計劃。（如果沒有在轉移會議舉行時寫好，則至少在 孩子滿三周歲前 15 天完成）。				
f) 幫助家庭確定他們的孩子被何時轉移至何處。	孩子將被轉移至: 日期:			
g) 確定是否需要轉移後跟蹤服務(包括服務協調、向新員工提供建議)。				
h) 確定如何評估轉移過程是否順利、有效				

完成目標需要的支援和服務

本頁概括了個別化家庭服務小組爲完成所有目標所需支援和服務所作決定的。提供服務的方式記錄在個別化家庭服務的每一目標頁中。

個別化家庭服務計劃	幫助完成結果號碼	背景	方法（如：個人或團體）	類次（如，每月一次，每週兩次）	強度（時間）	合格的註冊登記人員	資金來源	起始日	結束日
個案管理人員	全部								

孩子姓名:　　出生日期:

完成目標需要的支援和服務

其他服務:
所列專案爲你的孩子和家庭需要的、但不是 C 部分所賦予的服務。其他服務還包括醫療保健服務，如嬰兒健康檢查、出於醫療保健目的專家隨訪等。

服務	提供者	地點	資金來源或者確保獲得服務的措施

孩子姓名:　　出生日期:

個別化家庭服務計劃 — 簽名

下列個人參與制定了本個別化家庭服務計劃並且/或者將幫助實施本計劃。本表格同時用作記錄轉移銜接會議參加者的簽名。

注： 本個別化家庭服務計劃小組應包括家長/監護人、個案經理、直接參與評估和評價的人員、其他經家長要求參加的人員（家庭成員、朋友和支持者）以及 爲孩子和家庭提供服務的人員。

列印名字(包括職務/專業證書/證明	簽名	日期	參與方式	機構/聯繫方式	出席時間
個案經理					

除了上述列出的小組成員外，本個別家庭服務計劃還要寄送給 *

基本保健醫生:

其他:

*注：獲得發送表格的完全授權

早期干預服務的家長/監護人知情同意書

- ☐ 我已經收到了我所享有權益的書面影本和口頭形式的解釋，並且瞭解這些權益。
- ☐ 我全程參與了本計劃的制定，並且，
- ☐ 我書面通知同意實施本個別化家庭服務計劃。同意意味著我已經以我母語的形式（除非使用我母語的可行性明顯不存在），或其他溝通形式，被告知與尋求此項同意相關的活動的所有資訊。我理解並且以書面形式同意開展與尋求此項同意相關的活動。同意書對這些活動作出了描述。我授予的同意是自願的，在任何時候都不會以書面形式撤回；或者
- ☐ 我不同意接受本個別化家庭服務計劃的實施。但是我同意開始下列服務:
- ☐ 我瞭解我的孩子有資格得到個別化家庭服務計劃上列的所有服務。我完全瞭解個別化家庭服務計劃服務提供的性質，並且，爲獲得這些服務，我必須提供書面同意書。我瞭解，拒絕其中某項或者多項服務與我的孩子或者家庭接受兒童發展服務中心提供的任何其他早期干預服務並不產生衝突。我瞭解我可能會改變主意，如果發生這種情況，我將聯繫我的個案經理。
- ☐ 我瞭解我孩子的個別化家庭服務計劃會在爲我的孩子和家庭提供服務、並且實施該計劃的兒童發展服務中心的員工之間分享。

家長/監護人簽名: _____　　日期: _____

家長/監護人簽名: _____　　日期: _____

孩子姓名:　　出生日期:

個別化家庭服務計劃(IFSP)週期性核查

至少每隔半年必須對個別化家庭服務計劃進行一次核查。所有修正的日期須在封面上注明。
在下列情況下，修訂**孩子/家庭評估結果**頁和**支援與服務**頁:

1) 需要變更或者增加的策略或服務;
2) 目標已經修正；或者
3) 增加了新的目標.

結果號碼	核查日期	描述進步	現狀 （勾選一項）
			☐達到目標 ☐繼續目標 ☐修正目標 /策略/ 服務
			☐達到目標 ☐繼續目標 ☐修正目標 /策略 / 服務
			☐達到目標 ☐繼續目標 ☐修正目標 /策略/ 服務
			☐達到目標 ☐繼續目標 ☐修正目標 /策略/ 服務
			☐達到目標 ☐繼續目標 ☐修正目標 /策略/ 服務

孩子姓名:　　出生日期:

個別化家庭服務計劃(IFSP)週期性核查

根據個別化家庭服務計劃的核查情況所作的早期干預服務家長/監護人知情同意書

☐ 我已經收到了我所享有權益的書面影本和口頭形式的解釋，並且瞭解這些權益。

☐ 我全程參與了本計劃的制定，並且，

☐ 我書面通知同意實施本個別化家庭服務計劃。同意意味著我已經以我母語的形式（除非使用我母語的可行性明顯不存在），或其他溝通形式，被告知與尋求此項同意相關的活動的所有資訊。我理解並且以書面形式同意開展與尋求此項同意相關的活動。同意書對這些活動作出了描述。我授予的同意是自願的，在任何時候都不會以書面形式撤回；或者

☐ 我不同意接受本個別化家庭服務計劃的實施。但是我同意開始下列服務:

_____

☐ 我瞭解我的孩子有資格得到個別化家庭服務計劃上列的所有服務。我完全瞭解個別化家庭服務計劃服務提供的性質，並且，爲獲得這些服務，我必須提供書面同意書。我瞭解，拒絕其中某項或者多項服務與我的孩子或者家庭接受兒童發展服務中心提供的任何其他早期干預服務並不產生衝突。我瞭解我可能會改變主意，如果發生這種情況，我將聯繫我的個案經理。

☐ 我瞭解我孩子的個別化家庭服務計劃會在爲我的孩子和家庭提供服務、並且實施該計劃的兒童發展服務中心的員工之間分享。

家長/監護人簽名: _____ **日期:** _____

家長/監護人簽名: _____ **日期:** _____

小組成員簽名

列印名字（包括職務/專業證書/證明	簽名	日期	參與方式	機構/聯繫方式	參加時間
個案經理					

除了上述列出的小組成員外，本個別家庭服務計劃還要寄送給 *

基本保健醫生:

其他:

*注：獲得發送表格的完全授權

孩子姓名:　　出生日期:

財務資源：用於支援本計劃內特定服務所需的資源。

	是否有?	是否授權使用?	數目
緬因州護理中心 **(MaineCare)**	☐待定 ☐是 ☐否	☐是 ☐否	

	是否有?	是否授權使用?	數目	限制
保險	☐待定 ☐是 ☐否	☐是 ☐否	請填在下列格子中	
公司名稱:				
保險持有人姓名:				
保險持有人社保號碼:				
保單號:				
團體保單號碼:				

爲使我孩子接受服務，我有權使用第三方資金。關於這一權益，我已經得到了書面形式的解釋。

_____　　_____/_____/_____

家長/監護人簽名　　**日期**

_____　　_____/_____/_____

早期干預證明簽名　　**日期**

地點:

基本保健醫生同意書

孩子姓名:	
出生日期:	
現有個別化家庭服務計劃日期:	
是否週期性核查?	
週期性核查日期:	
醫生:	

我已經閱讀了針對孩子的個別化家庭服務計劃/週期性核查報告。

☐ 我同意該計劃　　☐ 我不同意該計劃

_____　　_____

基本保健醫生簽名　　日期

緬因州護理中心要求本個別化家庭服務計劃需獲得孩子基本保健醫生的同意。

注釋:

請簽名並將本頁交還至兒童發展服務中心。請注意，隨附計劃供你留存。

謝謝!