

Những Cách Dùng Chung Bản Mẫu IFSP

Mục Đích: Một số nơi phục vụ có thể có những mẫu họ đang dùng thay cho một số trang của bản mẫu này, miễn là những chỗ in đậm, in nghiêng đều được dùng trong IFSP riêng của họ. (Những chỗ dùng **loại chữ in đậm, in nghiêng và Nhấn Mạnh** là do đòi hỏi của liên bang khi dùng trong IFSP.)

Hình Thức: Mỗi trang của bản mẫu này đều có tựa đề về nội dung dựa vào các chi tiết được ghi trong trang đó:

Giới Thiệu, Lập Hồ Sơ Thu Nhận, Thu Thập Dữ Kiện
Chi Tiết về Gia Đình/Phỏng Vấn
Thẩm Định
Kế Hoạch
Tham Gia
Tái Duyệt/Diễn Tiến
Chuyển Tiếp/Ngưng/Ra Khỏi

Bản mẫu này là nhằm tạo điều kiện dễ dàng cho tiến trình IFSP và được dùng như một văn kiện “sống.” Bản ISFP chính sẽ gồm những trang Giới Thiệu, Thu Nhận, và Thu Thập Dữ Kiện; Chi Tiết về Gia Đình; Thẩm Định; Kế Hoạch, và Tham Gia. Những trang này sẽ được cập nhật khi cần. Những trang về Chuyển Tiếp/Ngưng/Ra Khỏi sẽ được sử dụng theo đó.

Phụ Đính: Ngoài những bản mẫu này hoặc các trang thay thế, có một số chương trình/dịch vụ có thể có thêm những trang phụ đính để đáp ứng các nhu cầu riêng của họ.

Ghi Chú: Bản mẫu này được xem như là bản dùng để làm kiểu mẫu cho IFSP vì đã đáp ứng những đòi hỏi của liên bang, cũng như để thu thập dữ kiện. Mẫu này **KHÔNG** có mục đích bao gồm tất cả mọi vấn đề hoặc bắt buộc phải sử dụng. Bất cứ mẫu nào được địa phương sử dụng cho *Early On*® đều phải được lưu trong hồ sơ của Khu Học Chánh Trung Cấp phục vụ tại khu vực đó.

Trang Giới Thiệu, Thu Nhận, Thu Thập Dữ Kiện

Số ID _____

Kế Hoạch Phục Vụ Mỗi Gia Đình tại MichiganNơi Giới Thiệu vào *Early On*: _____ Điện Thoại: _____ Ngày: _____**TÊN HỢP PHÁP CỦA ĐỨA TRẺ:** _____ Nơi Cư Trú Hiện Tại: _____Ngày Sinh: _____ Sinh tại Thành Phố: _____ Số A.S.X.H: _____ Nam NữGốc Chủng Tộc: Mỹ Gốc Á Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh Da Trắng Thổ Dân Hawaii hoặc Thái Bình Dương

Những quan tâm và/hoặc chẩn đoán hiện thời của đứa trẻ: _____

Khu Học Chánh tại Nơi Cư Ngụ: _____ Hạt: _____

 PHỤ HUYNH NGƯỜI GIÁM HỘ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH CHA MẸ NUÔI

Tên: _____

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Số Zip: _____

Điện Thoại: Ban Ngày: _____ Buổi Tối: _____ Tiếng Mẹ Đẻ/Phương Thức Truyền Thông: _____

Cần thông dịch viên: Có Không Có Thông Dịch Viên: Có Không PHỤ HUYNH NGƯỜI GIÁM HỘ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH CHA MẸ NUÔI

Tên: _____

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Số Zip: _____

Điện Thoại: Ban Ngày: _____ Buổi Tối: _____ Tiếng Mẹ Đẻ/Phương Thức Truyền Thông: _____

Cần thông dịch viên: Có Không Có Thông Dịch Viên: Có Không**NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHÍNH:** _____ Điện Thoại: _____

Địa Chỉ: _____

| BẢO HIỂM Y TẾ | | | | TÌNH TRẠNG QUYỀN LỢI | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| | Có | Không | Đang Chờ | Số | | Có | Không | Đang Chờ | Số |
| Medicaid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | SSI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| CSHCS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | FSS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Trẻ Em MI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | | | | |
| Tư Nhân (chính) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | | | | |
| Tư Nhân (phụ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | | | | |

Những Người Khác Trong Gia Đình (Ghi rõ tên và liên hệ): _____ **Các Nơi Chăm Sóc Sức Khỏe Khác:** _____

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Phối Hợp Viên Dịch Vụ: _____ Điện Thoại: _____

| NHỮNG DỊCH VỤ MÀ GIA ĐÌNH HIỆN ĐANG TIẾP NHẬN (ĐÁNH DẤU TẤT CẢ NHỮNG CHỖ THÍCH ỨNG) | | | | | | | | | |
|---|--------------|---------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Giáo Dục: | Ngày Bắt Đầu | Ngày Chấm Dứt | Nhận? | Sử Dụng Chương Trình | Sức Khỏe Tâm Thần: | Ngày Bắt Đầu | Ngày Chấm Dứt | Nhận? | Sử Dụng Chương Trình |
| Early On (Phần C) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dịch Vụ Hỗ Trợ/DD của Gia Đình | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Giáo Dục Đặc Biệt (Phần B) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Y Tế Công Cộng: | | | | | Trẻ Sơ Sinh/Tại Gia | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| WIC | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | FIA: | | | | |
| CSHCS | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Các Dịch Vụ Tuyển Dụng | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Các Dịch Vụ Hỗ Trợ Trẻ Sơ Sinh | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quý Cấp Cứu | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chủng Ngừa | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trợ Cấp Xã Hội | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Các Dịch Vụ Cộng Đồng/Dịch Vụ Khác: | | | | | Giữ Trẻ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Các Dịch Vụ Cộng Đồng/Dịch Vụ Khác: | | | | | Các Dịch Vụ Cộng Đồng/Dịch Vụ Khác: | | | | |

LOẠI IFSP IFSP Tạm Thời/Ngày _____ IFSP Sơ Khởi/Ngày _____ **Tái Duyệt 6 Tháng/Ngày** _____ **Hằng Năm/Ngày** _____ Ngày Tái Duyệt Khác _____ Ngày Tái Duyệt Khác _____

Những hoàn cảnh đặc biệt gây trì hoãn IFSP > 45 ngày sau khi giới thiệu: _____

Các Chi Tiết về Gia Đình

Nếu gia đình đã cho phép phỏng vấn trên "Mẫu Ứng Thuận Thẩm Định":

| | Tài Nguyên/Ưu Điểm của Gia Đình | Những Quan Tâm của Gia Đình | Ý Muốn của Gia Đình |
|---|---------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| <u>Y KHOA/SỨC KHỎE</u> (Bác Sĩ, Bảo Hiểm, Chủng Ngừa, Dinh Dưỡng, Nha Khoa, Sử Dụng Chất Kích Thích, Thuốc Men Hiện Thời, Thính Giác, Thị Giác, v.v.) | | | |
| <u>GIÁO DỤC</u> (Các Dịch Vụ Phục Hồi, Phát Triển Kỹ Năng, Trường Học, Huấn Luyện Kỹ Thuật, Trường Cao Đẳng, v.v.) | | | |
| <u>CÁC NHU CẦU VẬT CHẤT</u> (Chuyên Chở, Nhà Ở, Tiện Ích, Thực Phẩm, Quần Áo, v.v.) | | | |
| <u>TUYỂN DUNG/TÀI CHÁNH</u> (Việc Làm, Lợi Tức, Lập Ngân Sách, v.v.) | | | |
| <u>PHÁP LÝ</u> (Trông Giữ Con Có Liên Quan Đến Tòa, Phụ Tá Pháp Lý, Cấp Dưỡng Con, Trục Xuất, Tranh Chấp Dân Sự, v.v.) | | | |
| <u>AN TOÀN</u> (Môi Trường Vật Chất, Bạo Hành Trong Nhà, Ngược Đãi/Bỏ Bê Trẻ Em, Các Vấn Đề về Y Khoa và/hoặc Các Vấn Đề về Sức Khỏe Tâm Thần, v.v.) | | | |
| <u>GIAO TẾ/GIẢI TRÍ/TÂM LINH</u> (Các Tổ Chức Tôn Giáo, Văn Hóa, Giải Trí, Bạn Bè, v.v.) | | | |
| <u>TÂM LÝ/CẢM XÚC</u> (Nghỉ Ngơi, Tự Giác, Những Liên Hệ trong Gia Đình, Sức Khỏe Tâm Thần, Căng Thẳng, v.v.) | | | |

Xếp Hạng Những Quan Tâm/Nhu Cầu của Gia Đình bằng cách viết một con số bên cạnh mỗi mục theo thứ tự ưu tiên, trong cột Những Quan Tâm của Gia Đình.

Trang Thẩm Định

Số ID _____

Tên của Đứa Trẻ: _____

Ngày Sinh: _____

Ngày: _____

Tuổi Theo Năm: _____

Tuổi Điều Chỉnh: _____

Tình Trạng Phát Triển Hiện Thời của Đứa Trẻ

Ý kiến thông thạo về bệnh lý để xác định tính cách hội đủ điều kiện phải dựa vào sự phối hợp tất cả 4 nguồn thông tin dưới đây. Nếu tính cách hội đủ điều kiện được xác định mà thiếu một hoặc nhiều nguồn thông tin này, xin đánh dấu vào (các) ô thích ứng và giải thích tại sao không sử dụng nguồn đó:

- Quá Trình Phát Triển Tình Trạng Sức Khỏe Quan Sát của Phụ Huynh và Đứa Trẻ Thẩm Định về Phát Triển

Phải điền vào mọi phần của biểu đồ này.

| Lĩnh Vực | Mức Phát Triển Hiện Thời | | Phương Pháp/Dụng Cụ - Người Điền (Tên/Chức Vụ) | Các Ưu Tiên của Gia Đình |
|---|---------------------------|------------------------|--|--------------------------|
| | Ngày/Ý Kiến của Phụ Huynh | Ngày/Ý Kiến Chuyên Môn | | |
| Sức Khỏe <input type="checkbox"/> xem chi tiết đính kèm | | | | |
| Thính Giác <input type="checkbox"/> xem chi tiết đính kèm | | | | |
| Thị Giác <input type="checkbox"/> xem chi tiết đính kèm | | | | |
| Vận Động Chính Xác <input type="checkbox"/> xem chi tiết đính kèm | | | | |
| Vận Động Thô <input type="checkbox"/> xem chi tiết đính kèm | | | | |
| Nhận Thức/Suy Nghĩ <input type="checkbox"/> xem chi tiết đính kèm | | | | |
| Truyền Đạt Tư Tưởng <input type="checkbox"/> xem chi tiết đính kèm | | | | |
| Giao Tế/Cảm Xúc <input type="checkbox"/> xem chi tiết đính kèm | | | | |
| Thích Ứng/Tự Giúp <input type="checkbox"/> xem chi tiết đính kèm | | | | |

Lập Kế Hoạch Thẩm Định:

Nên thực hiện ở đâu, và khi nào? _____

Nếu có thể mời người khác, quý vị muốn mời ai có mặt? _____

Điều gì sẽ giúp quý vị chuẩn bị cho cuộc thẩm định? _____

Trang Kế Hoạch
Tên của Đứa Trẻ: _____

Số ID _____

Ngày Sinh: _____ Ngày: _____

Kết Quả # _____

TUYÊN BỐ VỀ MỤC TIÊU/KẾT QUẢ – Những gì chúng tôi muốn thấy xảy ra cho đứa trẻ/gia đình này.

TÌNH TRẠNG HIỆN THỜI – Điều gì đang xảy ra bây giờ?

CẦN NHỮNG BƯỚC (mục tiêu) **GÌ** để đạt được kết quả này?

Thời Hạn Dự Tính

Những kế sách/Phương pháp để làm việc với kết quả này trong những sinh hoạt và hoạt động hằng ngày của trẻ và gia đình.
Làm sao quý vị biết mình đã đạt được mục tiêu?

Những người sẽ can dự.

Xin giải thích vì thế nào và tại sao mà không thể đạt được kết quả của đứa trẻ trong môi trường tự nhiên của trẻ với những hỗ trợ bổ túc, kể cả những giải pháp lẽ ra đã được thử.

| Mã Số Dịch Vụ | Chữ Ký Tắt của Phụ Huynh | Mức Thường Xuyên (Bao Nhiêu Lần?) Cường Độ (Bao Lâu?) | Cá Nhân Hoặc Đoàn Thể | Ngày Bắt Đầu | Ngày Chấm Dứt | Mã Số Địa Điểm | Mã Số Tài Trợ |
|----------------------|---------------------------------|--|------------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| | | | | | | | |

Các Dịch Vụ Khác

Nếu thích hợp, IFSP phải đúc kết hồ sơ các dịch vụ không cần thiết hoặc không được đòi hỏi trong Phần C. Liệt kê các dịch vụ không cần thiết không có nghĩa là các dịch vụ đó phải được cung cấp, tuy nhiên, chi tiết của các dịch vụ đó có thể giúp ích cho cả gia đình và người phối trí dịch vụ trong việc trợ giúp để nhận các dịch vụ đó, kể cả những dịch vụ qua các nguồn công hoặc tư. Các dịch vụ này phải phù hợp với các kết quả được xác định của gia đình.

| Dịch Vụ | Kết Quả # | Ngày Bắt Đầu Th/Ng/Nm | Thời Gian Kéo Dài (Tháng) | Các Chi Tiết về Nơi Phục Vụ | Mã Số Ngân Quỹ |
|----------------|------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| | | | | | |

Tái duyệt kết quả/mục tiêu# _____ phải được thực hiện ít nhất mỗi sáu tháng một lần **HOẶC** thường xuyên hơn nếu gia đình yêu cầu tái duyệt để xác định mức tiến triển hầu đạt được kết quả và tìm hiểu xem có cần thay đổi hoặc sửa đổi kết quả hoặc dịch vụ hay không. Toán sẽ dùng thang tỷ lệ dưới đây để đánh giá mức tiến triển:

1 – Hoàn cảnh thay đổi, không cần kết quả nữa 2 – Hoàn cảnh không thay đổi, vẫn cần kết quả
3 – Đạt được một phần kết quả 4 – Đạt được kết quả

Ngày Tái Duyệt: _____

| Tóm Lược Mức Tiến Triển | Thẩm Định của Toán | Thay Đổi/Sửa Đổi |
|--------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| | | |



Tôi đã tham gia trong việc tái duyệt kết quả này.

Chữ Ký Tắt của
Phụ Huynh

Trang Tham Gia
Tên của Đứa Trẻ: _____

Số ID _____
Ngày Sinh: _____ Ngày: _____

Toán Phát Triển IFSP và Những Người Đóng Góp

Những phiên họp IFSP phải bao gồm (các) phụ huynh, những người khác trong gia đình theo sự yêu cầu của phụ huynh, người bệnh vực hoặc người ngoài gia đình theo sự yêu cầu của phụ huynh, người phối trí dịch vụ, (các) người trực tiếp dự phần vào việc đánh giá và thẩm định, và nếu thích hợp, những người sẽ cung cấp các dịch vụ cho trẻ hoặc gia đình.

| Viết Tên Chữ In và Vai Trò | Chữ Ký | Cơ Quan (nếu thích hợp) | Điện Thoại |
|----------------------------|--------|-------------------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Sự Ứng Thuận của Phụ Huynh:

- Tôi đã ký tên Cho Phép Chia Sẻ Chi Tiết với các cơ quan.
- Tôi đã giúp viết ra kế hoạch này. Tôi hiểu và đồng ý với nội dung của kế hoạch. Tôi đồng ý với mỗi dịch vụ có chữ ký tất của tôi.
- Tôi đã được giải thích về *Early On*, kể cả các quyền hạn của tôi.
- Tôi không đồng ý với IFSP này.

Chữ Ký của Phụ Huynh _____ Ngày _____

Chữ Ký của Người Phối Trí Dịch Vụ _____ Ngày _____

Kế hoạch sẽ được tái duyệt lần tới vào _____ (ngày). Cuộc tái duyệt phải được thực hiện ít nhất là mỗi sáu tháng một lần **HOẶC** thường xuyên hơn nếu gia đình yêu cầu tái duyệt.

Lập Kế Hoạch Chuyển Tiếp

IFSP phải bao gồm các bước cần làm để hỗ trợ việc chuyển đứa trẻ vào, trong phạm vi và từ hệ thống giúp đỡ sớm Early On. Phần này có thể được điền vào trong một cuộc tái duyệt hoặc đánh giá định kỳ của IFSP, hoặc vào những lúc khác nếu thích hợp. Các hoạt động chuyển tiếp bao gồm các buổi thảo luận với, và huấn luyện, các phụ huynh về chỗ học trong tương lai, các thể thức chuẩn bị cho đứa trẻ, gia đình và các nơi cung cấp dịch vụ cho những thay đổi này. Với sự ủng hộ của phụ huynh, các chi tiết về đứa trẻ được chia sẻ với các nơi phục vụ tiếp nhận các chi tiết đó để bảo đảm tiếp tục các dịch vụ và trợ giúp trong việc hoạch định. **Các nhu cầu về việc chuyển tiếp nên được mở rộng trong kết quả của IFSP để cung cấp thêm các chi tiết cụ thể hơn.**

| Cần có sinh hoạt nào? | Ngày Bắt Đầu | Ai Chịu Trách Nhiệm? | Ngày Hoàn Tất |
|---|--------------|----------------------|---------------|
| Bắt đầu thảo luận với gia đình về tiến trình chuyển tiếp | | | |
| Tái duyệt mức tiến triển của đứa trẻ | | | |
| Xác định các nơi hiện thời và các sinh hoạt/hoạt động hàng ngày | | | |
| Thảo luận về các chọn lựa cho đứa trẻ <ul style="list-style-type: none"> giáo dục đặc biệt Head Start Các nơi phục vụ tư vấn trị liệu/tham vấn các chương trình giúp trẻ em còn bé các sinh hoạt học tập hàng ngày trong cộng đồng | | | |
| Viếng thăm các môi trường/chương trình có thể tiếp nhận trước khi chọn lựa | | | |
| Quyết định về môi trường/chương trình kế tiếp của trẻ | | | |
| Nói chuyện với trẻ về việc chuyển tiếp | | | |
| Soạn sẵn một số câu hỏi cho nhân viên mới | | | |
| Viết ra các chi tiết hữu ích cho nhân viên mới về trẻ | | | |
| Gửi các chi tiết được quy định cho nhân viên mới với thư ưng thuận sau khi đã hiểu rõ của phụ huynh | | | |
| Các nơi phục vụ từ môi trường/chương trình mới đến thăm gia đình | | | |
| Đến thăm môi trường/chương trình mới với trẻ và gặp gỡ nhân viên mới | | | |
| Ký tên vào mẫu đơn cho phép sử dụng các hồ sơ Early On® của đứa trẻ | | | |
| Tham dự phiên họp với nhân viên từ các môi trường/chương trình cũ và mới | | | |
| Đứa trẻ bắt đầu môi trường/chương trình mới | | | |
| Nhân viên cũ duy trì mối liên lạc, khi thích hợp, với gia đình sau khi các hoạt động mới bắt đầu | | | |

Ngày Chuyển Tiếp _____

Được chuyển đến _____

Phương Pháp Cung Cấp Các Dịch Vụ Giúp Đỡ Sớm*

Các Chọn Lựa về Dịch Vụ Giúp Đỡ Sớm

Địa Điểm

Mã Số Tài Trợ

| | | |
|--|---|----------------------|
| 16 – Kỹ Thuật Trợ Giúp | 31 – Nhà | A. WIC |
| 01 – Các Dịch Vụ về Thanh Lý (Nghe) | 33 – Chương Trình cho Trẻ Em Tiêu Biểu | B. ISS |
| 02 – Huấn Luyện Gia Đình, Cố Vấn, Đến Thăm Nhà | 34 – Địa điểm Nơi Phục Vụ (Bệnh Nhân Ngoại Trú) | C. Giáo Dục Đặc Biệt |
| 03 – Các Dịch Vụ Y Tế | 35 – Chương Trình cho Trẻ Em Chậm Phát Triển/Khuyết Tật | D. Early On |
| 04 – Các Dịch Vụ Chẩn Đoán Y Khoa | 36 – Bệnh Viện (Bệnh Nhân Nội Trú) | E. Bảo Hiểm Tư |
| 05 – Các Dịch Vụ Điều Dưỡng | 37 – Cơ Sở Tư Gia | F. Medicaid |
| 06 – Các Dịch Vụ Dinh Dưỡng | 38 – Môi Trường Khác _____ | G. FIA |
| 07 – Trị Liệu Phục Hồi | | H. Gia Đình |
| 08 – Vật Lý Trị Liệu | | I. CSHCS |
| 09 – Các Dịch Vụ Tâm Lý | | J. CMH |
| 10 – Phối Hợp Dịch Vụ | | K. Trẻ MI |
| 13 – Hướng Dẫn Đặc Biệt | | L. Mã Số Khác _____ |
| 12 – Công Tác Xã Hội | | |
| 14 – Tiếng Nói/Ngôn Ngữ | | |
| 11 – Chuyên Chở | | |
| 17 – Các Dịch Vụ về Thị Giác | | |
| 15 – Các Dịch Vụ EI Khác _____ | | |

*Dịch Vụ Giúp Đỡ Sớm phải đáp ứng các nhu cầu về phát triển của đứa trẻ và các nhu cầu của gia đình liên quan đến việc tăng cường mức phát triển của đứa trẻ, và dựa vào Các Kết Quả được soạn ra. Các dịch vụ được chọn với sự hợp tác của các phụ huynh và được ban nhân viên có khả năng cung cấp chiếu theo IFSP. **Xin các gia đình ký tên tất vào mỗi dịch vụ mà họ đồng ý.**