

خيارات التعاون في استعمال الاستمارة النموذجية لخطة الخدمات الخاصة بالعائلة

الهدف: قد يكون لبعض مقدمي الخدمات استمارات أخرى بالإمكان استعمالها عوضاً عن بعض صفحات هذه الاستمارة النموذجية إذا تمّ استعمال الخط الأسود المائل في هذه الاستمارات لخطة الخدمات الخاصة بالعائلة (IFSP).

**(إن الخط الأسود والمائل والمرصوص هو من المتطلبات الفيدرالية لاستمارة
خطة الخدمات الخاصة بالعائلة (IFSP)).**

الصيغة: تحمل كل صفحات هذه الاستمارة النموذجية عنوان الوظيفة والهدف من تحصيل المعلومات في تلك الصفحة:

الإحالة، التحصيل، صفحة تحصيل
المعلومات
بيانات العائلة/المقابلة
التقييم
الخطة
المشاركة
المراجعة/النمو
الانتقال/المغادرة/الخروج

إن الهدف من هذه الاستمارة النموذجية هو تسهيل إجراءات خطة الخدمات الخاصة بالعائلة (IFSP) وكذلك استعمالها كوثيقة «حيّة». وتتمثل الأجزاء الأساسية لاستمارة خطة الخدمات الخاصة بالعائلة في صفحات الإحالة والتحصيل وتحصيل البيانات، وكذلك بيانات العائلة، والتقييم، و صفحات الخطة والمشاركة. وسيتم تحديث هذه الصفحات كلما اقتضت الحاجة. كما سيتم استعمال صفحات المراجعة/النمو والانتقال/المغادرة/الخروج وفقاً لذلك.

الوثائق الملحقه: بالإضافة إلى هذه النماذج، أو الصفحات التعويضية، قد يكون لبعض البرامج/الخدمات صفحات إضافية ملحقه لتلبية حاجاتهم الخاصة.

ملاحظة: هذه الاستمارة النموذجية هي عبارة على نسخة لاستمارات خطة الخدمات الخاصة بالعائلة التي تستجيب للمتطلبات الفيدرالية. **ليس** الهدف منها أن تكون شمولية أو صالحة للاستعمال. يجب أن تكون كل الاستمارات المستعملة محلياً في برنامج «إيرلي أون» (Early On®) موجودة في ملفات إدارة التعليم المتوسط بتلك المنطقة.

الإحالة، التحصيل، صفحة تحصيل المعلومات
خطة الخدمات الخاصة بالعائلة لولاية ميشيغان

مصدر الإحالة «إيرلي أون» (Early On): الهاتف: التاريخ:

الإسم القانوني للطفل: العنوان الحالي: رقم الضمان الإجتماعي: التاريخ: الذكر أنثى

تاريخ الولادة: مدينة الولادة: الأصل العرقي: أمريكي-آسيوي أسود أو إفريقي-أمريكي أمريكي من الهنود الحمر أو من مواليد ألسكا إسباني أو لاتيني أبيض من مواليد هوائي أو جزر الباسيفيك

ما هي مشكلة الطفل الحالية و/أو التشخيص: إدارة التعليم بمكان السكنى: المقاطعة:

والد(ة) ولي(ة) أحد أفراد العائلة والد(ة) بالتربية

الإسم: العنوان: المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

الهاتف: أثناء اليوم: المساء: اللغة الأم/طريقة الإتصال: في حاجة إلى مترجم: نعم لا يتوفر مترجم: نعم لا

والد(ة) ولي(ة) أحد أفراد العائلة والدة بالتربية

الإسم: العنوان: المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

الهاتف: أثناء اليوم: المساء: اللغة الأم/طريقة الإتصال: في حاجة إلى مترجم: نعم لا يتوفر مترجم: نعم لا

مقدم خدمة الرعاية الصحية الأساسي: الهاتف:

العنوان:

التغطية الطبية				حالة المنافع			
العدد	معلق	لا	نعم	العدد	معلق	لا	نعم
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CSHCS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MI Child			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خاص (أساسي)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خاص (ثانوي)			

أفراد العائلة الآخرين (أكتب الاسم والعلاقة):	مقدمو خدمات صحية آخرون:

منسق الخدمة: الهاتف:

أنواع الخدمات (المساعدة) التي تتلقاها العائلة في الوقت الجاري (ضع علامة على كل الإجابات المطابقة)							
الحالة النفسية:	تاريخ البداية	تاريخ الانتهاء	سجل؟	الخطة المستعملة	التعليم:	تاريخ البداية	تاريخ الانتهاء
الإعالة/خدمات DD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إيرلي أون (Early On) (الجزء ج)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صحة الرضيع العقلية/خدمات بالمنزل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تعليم لذوي الحاجات الخاصة (الجزء ب)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصحة العامة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خدمات التوظيف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ويك (WIC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صناديق الحالات الطارئة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CSHCS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المساعدة العمومية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خدمات إعالة الرضيع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رعاية الطفل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التطعيمات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خدمات اجتماعية/غيرها:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خدمات اجتماعية/غيرها:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خدمات اجتماعية/غيرها:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

نوع خطة الخدمات الخاصة بالعائلة

خطة أساسية للخدمات الخاصة بالعائلة/التاريخ خطة مؤقتة للخدمات الخاصة بالعائلة/التاريخ

سنوي/التاريخ مراجعة بعد 6 أشهر/التاريخ

مراجعة أخرى/التاريخ مراجعة أخرى/التاريخ

الظروف الخاصة التي تسببت في تأخير خطة الخدمات الخاصة بالعائلة < 45 يوما بعد

بيانات العائلة

إذا وافقت العائلة على المقابلة في استمارة التقييم (consent to Evaluation Form)

أولويات العائلة	هموم أو مشاكل العائلة	موارد العائلة/مصادر القوة	
			<u>طبي/صحي</u> (الطبيب، التأمين، التطعيم، التغذية، الأسنان، استعمال المخدرات، الدواء الحالي، السمع، الرؤية، إلخ.).
			<u>التعليم</u> (خدمات الإصلاح، تنمية القدرات، المدرسة، التدريب، التعليم الجامعي، إلخ.).
			<u>الموارد المطلوبة</u> (النقل، السكن، المرافق، الطعام، اللباس، إلخ.).
			<u>التوظيف/الوضع المالي</u> (الوظيفة، الدخل، الميزانية، إلخ.).
			<u>القانوني</u> (قضية أمام المحاكم بسبب الوصاية أو الكفالة، المساعدة القانونية، إعالة الطفل، الطرد من المنزل، النزاعات المدنية، إلخ.).
			<u>الأمن</u> (البيئة المادية، العنف العائلي، إساءة معاملة الطفل/الإهمال، المسائل الطبية و/أو الصحة العقلية، إلخ.).
			<u>اجتماعي/ترفيهي/روحي</u> (منظمات دينية، ثقافي، ترفيهي، أصدقاء، إلخ.).
			<u>نفسي/عاطفي</u> (الحاجة إلى رعاية إضافية، مفهوم الفرد عند ذاته، العلاقات العائلية، الحالة العقلية، الضغوط المعيشية، إلخ.).

رتب هموم أو مشاكل العائلة طبقاً للأولوية بوضع رقم جانب كل عنصر في عمود (هموم أو مشاكل العائلة)

الوضع الحالي لتطور الطفل

يجب أن يكون الرأي المختص في تقييم الأهلية مبنياً على تكامل 4 من موارد المعلومات التالية. إذا تم اعتبار الأهلية بدون اللجوء إلى أي واحد من هذه الموارد، ضع علامة على المربع (المربعات) المناسب(ة) وشرح السبب في عدم استعمال ذلك المورد:

تطور النمو الحالة الصحية ملاحظة الوالدين والطفل تقييم النمو

يجب ملأ كل أجزاء هذا الجدول

أولويات العائلة	الطريقة/الأداة - اسم الشخص الذي ملأ الاستمارة (الاسم/الوظيفة)	مستوى النمو الحالي		الموقع
		التاريخ/ملاحظات الأخصائيين	التاريخ/ملاحظات الوالدين	
				الصحة <input type="checkbox"/> أنظر المعلومات المرفقة
				السمع <input type="checkbox"/> أنظر المعلومات المرفقة
				الرؤية <input type="checkbox"/> أنظر المعلومات المرفقة
				الحركة الخفيفة <input type="checkbox"/> أنظر المعلومات المرفقة
				الحركة العامة <input type="checkbox"/> أنظر المعلومات المرفقة
				الإدراك/التفكير <input type="checkbox"/> أنظر المعلومات المرفقة
				الإتصال <input type="checkbox"/> أنظر المعلومات المرفقة
				إجتماعي/عاطفي <input type="checkbox"/> أنظر المعلومات المرفقة
				التكيف/المساعدة الذاتية <input type="checkbox"/> أنظر المعلومات المرفقة

جدول التقييم

أين ومتى يتم التقييم ؟
إذا كان بإمكانك استدعاء شخص ما، من تريد أن يحضر معك ؟
ماذا يساعدك على الاستعداد للتقييم ؟

صفحة الخطة

رقم الهوية: _____

اسم الطفل: _____

تاريخ الولادة: _____

التاريخ: _____

النتيجة رقم: _____

تقرير الهدف/النتيجة - ماذا نريد أن يحدث لهذا الطفل/العائلة.

الحالة الجارية - ماذا يحدث الآن ؟

الجدول الزمني المتوقع.

ما هي الخطوات (الإجراءات) للوصول إلى هذه النتيجة ؟

الأشخاص المشاركون

الخطط والمناهج للعمل على تحقيق هذه النتيجة خلال الروتين والنشاطات اليومية لهذا الطفل وهذه العائلة. كيف ستعرف أنك توصلت إلى النتيجة المنشودة ؟

اشرح كيف ولماذا قد لا تتحقق هذه النتيجة المنشودة في بيئة الطفل الطبيعية مع استخدام وسائل دعم إضافية، بما في ذلك الخيارات التي تم النظر فيها.

رمز التمويل	رمز الموقع	تاريخ الانتهاء	تاريخ البدء	فرد أو مجموعة	التكرار (كم من مرة ؟) الكثافة (المدة ؟)	الأحرف الأولى لأسماء الوالدين	رمز الخدمة

خدمات أخرى

يجب على خطة الخدمات الخاصة بالعائلة توثيق الخدمات غير المطلوبة أو غير المغطاة وفقاً للجزء ج. وتدوين الخدمات غير المطلوبة لا يعني أنه يجب تقديم هذه الخدمات، لكن معرفة هذه الخدمات قد يساعد كلا من العائلة ومنسق الخدمات في تقديم المساعدة للحصول على هذه الخدمات، بما في ذلك تلك الخدمات التي يمكن الحصول عليها من خلال المصادر الخاصة أو العامة. ويجب أن تتفق هذه الخدمات مع النتائج المحددة الخاصة بالعائلة.

رمز التمويل	معلومات مقدم الخدمة	المدة (بالأشهر)	تاريخ البدء الشهر/اليوم/السنة	رقم النتيجة	الخدمة

مراجعة النتيجة/الهدف رقم _____ يجب أن يتم ذلك كل ستة أشهر على الأقل أو أكثر من ذلك إذا طلبت العائلة مراجعة لتحديد درجة التقدم في إنجاز النتائج وما إذا كانت هناك ضرورة لتعديل أو مراجعة النتائج أو الخدمات المقدمة. سوف يستعمل الفريق السلم التالي لتقييم التقدم:

1- الوضع يتغير، لا حاجة إلى النتائج 2- الوضع لم يتغير، في حاجة إلى النتائج
3- تم إنجاز بعض النتائج 4- تم إنجاز كامل النتائج

تاريخ المراجعة:

تعديلات/مراجعة

تقييم الفريق

تلخيص التقدم

ل لقد شاركت في مراجعة هذه النتيجة.

الأحرف الأولى لاسمي
الوالدين

المشاركون وفريق تطوير خطة الخدمات الخاصة بالعائلة

يجب أن تشمل لقاءات خطة الخدمات الخاصة بالعائلة أحد الوالدين أو كليهما وأفراد آخرين من العائلة، إذا طلب أحد الوالدين ذلك، أو شخص آخر لا ينتمي إلى العائلة ولكنه يقوم بتقديم المشورة، وذلك إذا طلب الوالدين حضور ذلك الشخص ومنسق الخدمات والشخص (الأشخاص) المشارك بصفة مباشرة في إجراء التقييم وكذلك الأشخاص الذين سيقدمون الخدمات إلى الطفل أو إلى العائلة إذا كان حضورهم مناسباً.

الاسم والدور (بخط واضح)	التوقيع	الوكالة (إن وجدت)	الهاتف

موافقة الوالدين:

- لقد وقَّعت على إقرارا مشاركة المعلومات مع الوكالات الأخرى.
- لقد ساهمت في كتابة هذه الخطة. أنا مدرك لمحتواها وموافق عليه. أنا أوافق على كل خدمة وقعت عليها.
- لقد تمّ تفسير برنامج «إيرلي أون» (Early On) لي بما في ذلك حقوقي.
- لا أوافق على خطة الخدمات الخاصة بالعائلة.

إمضاء الوالدة(ة) _____ التاريخ _____

إمضاء منسق الخدمات _____ التاريخ _____

سيتم مراجعة الخطة في _____ (التاريخ). يجب أن تتم المراجعة كل ستة أشهر على الأقل وإذا طلبت العائلة، يمكن أن تجري المراجعة بعد ذلك.

تخطيط الانتقال

يجب أن يحتوي برنامج خطة الخدمات الخاصة بالعائلة على الخطوات التي يجب اتخاذها لمساندة انتقال الطفل «إلى» و «خلال» و «من» نظام التدخل المبكر لبرنامج إيرلي أون. بالإمكان ملاءمة هذا الجزء خلال مراجعة دورية أو تقييم دوري لخطة الخدمات الخاصة بالعائلة، أو في أي وقت آخر مناسب. وتحتوي نشاطات الانتقال على الحديث مع الوالدين وتدريبهما على تحديد الموقع الملائم في المستقبل وإجراءات إعداد الطفل والعائلة ومقدمي الخدمات لهذه التغييرات. ويتم مشاركة المعلومات حول الطفل، بموافقة الوالدين، مع مقدمي الخدمات لضمان تواصل واستمرارية الخدمات والمساعدة في التخطيط. **يجب توسيع حاجات الانتقال ووضعها كنتيجة ضمن خطة الخدمات الخاصة بالعائلة لتقديم معلومات أكثر دقة.**

ما هي النشاطات التي يحتاج إليها؟	تاريخ البدء	من هو المسؤول؟	تاريخ الإنهاء
ابداً في الحديث عن إجراءات الانتقال مع العائلة			
راجع النمو الطفل			
حدد المواقع الحالية والنشاطات اليومية الروتينية			
تحدث عن الخيارات المقدمة للطفل			
<ul style="list-style-type: none"> • تعليم ذوي الحاجات الخاصة • رياض الأطفال • علاج/استشارة- مقدمو خدمات خصوصية • برامج الطفولة المبكرة • أنشطة تعليم يومية خاصة بالمجتمع 			
تعرف على طرق وبرامج جديدة قبل اتخاذ القرار.			
اتخذ قراراً بالبرنامج التالي للطفل			
تحدث إلى الطفل حول الانتقال			
جهز قائمة أسئلة لفريق العمل الجديد			
أكتب معلومات حول الطفل قد تكون مفيدة للفريق الجديد			
ارسل معلومات محددة إلى الفريق الجديد مع الموافقة المكتوبة من طرف الوالدين			
مقدمو الخدمات من البرنامج الجديد يزورون العائلة			
تعرف على الطريقة أو البرنامج الجديد بمصاحبة الطفل وتقابل مع الفريق الجديد.			
وقع على إقرار استعمال معلومات «إيرلي أون» (Early On®) المتعلقة بالطفل			
أحضر لقاءات مع فريق البرامج الحالية والجديدة.			
الطفل يبدأ الإعداد أو البرنامج الجديد.			
يحافظ الفريق القديم على الاتصالات، كلما كان ذلك مناسباً، مع العائلة بعد أن تبدأ النشاطات الجديدة			

تاريخ الانتقال _____ إلى أين تم الانتقال _____

طريقة تقديم خدمات التدخل المبكر*

رمز التمويل	الموقع	خيارات خدمات التدخل المبكر
أ. ويك (WIC)	31 - المنزل	16 - الوسائل التكنولوجية المساعدة
ب. الضمان الإجتماعي (ISS)	33 - برنامج للأطفال العاديين	01 - الخدمات السمعية
ج. تعليم ذوي الحاجات الخاصة	34 - موقع مقدم الخدمة (للمريض الخارجي)	02 - تدريب العائلة، إرشاد، زيارة المنزل
د. إيرلي أون (Early On)	35 - برنامج للأطفال ذوي إعاقة/تأخر	03 - الخدمات الصحية
هـ. تأمين خاص	36 - المستشفى (المرضى المقيمون)	04 - خدمات التشخيص الطبي
و. مديك إيد (Medicaid)	37 - مرافق الإقامة	05 - خدمات التمريض
ز. (FIA)	38 - إعدادات أخرى	06 - خدمات التغذية
ت. العائلة		07 - العلاج بالعمل
ث. (CSHCS)		08 - علاج طبيعي
خ. (CMH)		09 - الخدمات النفسية
ق. (MI Child)		10 - تنسيق الخدمة
ف. مصدر آخر		13 - تعليمات خاصة
		12 - العمل الإجتماعي
		14 - الكلام/اللغة
		11 - النقل
		17 - خدمات الرؤية
		15 - خدمات التدخل المبكر
		الأخرى

*يجب أن توافق خدمات التدخل المبكر حاجات الطفل التنموية وحاجات العائلة المتعلقة بتحسين نموّ الطفل، وتكون مرتكزة على النتائج المطوّرة. يتم اختيار الخدمات بمعونة الوالدين وتقدم من طرف موظفين مؤهلين ومحترفين وفقاً لخطة الخدمات الخاصة بالعائلة. **وَقَّع (بوضع الأحرف الأولى للاسم) على كل خدمة توافق عليها.**