|  |  |
| --- | --- |
| Programme pour nourrissons et tout-petits  **Plan de service familiaux individualisés(IFSP)** |  |

|  |
| --- |
| Dates et évènements importants |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’enfant :** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date de naissance :** | | | |  | | | | | | | | **Sexe :  Masculin  Féminin** | | | | | | |
| **Age de saisine :** | | |  | | | | | | | | | **Date de saisine :** |  | | | | | |
| **Date de la réunion de l’IFSP :** | | | | | | |  | | | | | **Date de début de l’IFSP :** | | | |  | | |
| **Dater intermédiaire de l’IFSP :** | | | | | | | |  | | | **N/A** |  | | | | | | |
| **Nom du parent :** | | |  | | | | | | | | | **Nom du parent :** |  | | | | | |
| **Adresse :** | | |  | | | | | | | | | **Adresse :** |  | | | | | |
| **Ville/ État/ Code postal :** | | | | |  | | | | | | | **Ville/ État/ Code postal :** | | |  | | | |
| **Numéro de téléphone :** | | (   )    -  **Travail  Domicile  Portable**  (   )    -  **Travail  Domicile  Portable**  (   )    -  **Travail  Domicile  Portable** | | | | | | | | | | **Numéro(s) de téléphone :** | | (   )    -  **Travail  Domicile  Portable**  (   )    -  **Travail  Domicile  Portable**  (   )    -  **Travail  Domicile  Portable** | | | | |
|  | |
| **Courrier(s) électronique(s) :** | | | | | |  | | | | | | **Courrier(s) électronique(s) :** | | | | |  | |
| **Langue maternelle du parent :** | | | | | | | | |  | | | **Langue maternelle de l’enfant :** | | | | | |  |
| **Arrondissement scolaire résident :** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Comté :** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Relation/rôle** | **Numéro de téléphone :** | **Adresse** | **Date de début :** | **Date de fin :** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Les préoccupations et les priorités de votre famille liées au fonctionnement et à l'apprentissage de votre enfant sont au centre du plan de services familiaux individualisés (IFSP) de votre famille, y compris les résultats ou les objectifs. A cause de notre coopération ensemble, les informations que vous choisissez de fournir concernant les points forts, les ressources et les soutiens de votre famille sont très importantes et utiles pour atteindre les résultats souhaités pour votre enfant et votre famille.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date de l'analyse familiale effectuée :** | **Les Participants/les membres de l'équipe :** | **Nom de l'outil d'analyse axé sur la famille :** |

|  |
| --- |
| **Sujets de préoccupation de la famille :** (Décrivez les défis ou les difficultés rencontrés par votre enfant et/ou votre famille pendant les activités et les routines quotidiennes.) |

|  |
| --- |
| **Les priorités de la famille :** (Par quoi pourrons-nous commencer maintenant pour avoir une différence dans la vie de votre famille ?) |

|  |
| --- |
| **Les points forts et les ressources qui aident à répondre aux besoins de votre enfant et de votre famille :** (Y compris les personnes qui fournissent un système de soutien à votre famille, comme les parents, les amis de la famille, les collègues ainsi que toute agence ou tout service. Comprend également les activités et les sorties que votre enfant et votre famille aiment faire, comme les groupes de jeu, l'heure du conte à la bibliothèque, aller au parc, faire des pique-niques, etc.) |

|  |
| --- |
| **Autres informations :** Aimeriez-vous ajouter d’autres informations qui pourrait être utile alors que nous planifions des soutiens et des services pour répondre à ce qui est le plus important pour votre enfant et votre famille ? |

**Les compétences et les capacités actuelles de l'enfant :**

Cette section de l’IFSP fournit un portait détaillé des points forts et des besoins de votre enfant, des personnes, des lieux et des choses qui intéressent et motivent votre enfant, ainsi que de ses préférences et aversions. Le CDSA a utilisé plusieurs méthodes pour examiner le développement de votre enfant : tests standardisés, révision des dossiers, observation clinique et rapport des parents. Les informations que nous avons recueillies nous renseignent à propos de compétences et des comportements que votre enfant a développés jusqu'à présent et sur la manière dont votre enfant combine et utilise ces compétences et comportements pour participer aux activités quotidiennes. Les compétences et les comportements sont divisés en cinq domaines (Secteurs de développement).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date(s) de l'évaluation/ d’analyse :** | | | **Qui a assisté :** | |
| **Age de l’enfant :** | | **Âge théorique :** | | |
| **Les outils d'évaluation/d'analyse/ Autres méthodes utilisées :** | | | | |
| **Domaine de développement** | **Les capacités et les Compétences** | | | |
| **Progrès bien** **(Child's name) fait** | | | **Les défis or les prochaines étapes** **(child's name)** |
| **Développement émotif/social**  (Être en relation avec d'autres personnes, exprimer les sentiments, faire face à des situations tout au long de la journée) |  | | |  |
| **Adaptative**  (La capacité d'être autonome dans les activités quotidiennes, y compris l'alimentation, s’habiller, passer à la toilette, dormir et faire satisfaire des besoins,) |  | | |  |
| **Cognitif**  (La réflexion et l’apprentissage, comment l'enfant résout les problèmes) |  | | |  |
| **Communication**  (Comprendre des mots et des gestes (langage réceptif) et utiliser des sons, des mots et des gestes (langage expressif) |  | | |  |
| **Développement physique**  (Utiliser les mains, utiliser les yeux et les mains avec contrôle et coordination (motricité fine), les points forts, la coordination et l'équilibre des muscles de l'enfant pour le mouvement (motricité globale) |  | | |  |

**Informations relatif à la santé de l’enfant :**

|  |
| --- |
| **Résumé de l'état de santé actuel de l'enfant d'après la révision des dossiers pertinents et/ou du rapport des parents. *(Cela peut inclure les antécédents de naissance de l'enfant, les conditions et les diagnostics médicaux, les maladies, les hospitalisations, les médicaments, l'état de la vision et de l'ouïe, ou d'autres informations) :*** |
| **Qu’est-ce que l'équipe devrait savoir à propos de la santé de votre enfant pour qu’on puisse mieux planifier et fournir des soutiens et des services à votre enfant et à votre famille ?** |

**Analyse de l’enfant :**

### Comprend un résumé des analyses fonctionnelles et des observations de l'enfant dans son environnement quotidien. Les informations notées dans cette section peuvent comprend un résumé de l'analyse initiale de l'enfant ou des analyses en-cours de l'enfant. Cette section de l’IFSP fournit des informations qui seront utiles pour déterminer les soutiens et les services les plus appropriés pour répondre aux besoins spécifiques de l'enfant. Dressez une liste des personnes impliquées dans l'analyse, les procédures, les résultats et les points forts et les besoins uniques de l'enfant. Abordez tous les domaines de développement s'il s'agit d'une analyse initiale de l'enfant.

### Des analyses fonctionnelles de l'enfant :

* Sont basés sur l'observation en-cours de l'enfant engagé dans des activités quotidiennes avec des personnes qu'il connaît, dans des milieux naturels
* **Engagez les familles et les soignants en tant que participants actifs**
* **Sont individualisés pour répondre au mode d'apprentissage unique de chaque enfant**
* **Reflétez que le développement et l'apprentissage sont ancrés dans la culture et soutenus par la famille**
* **Intégrez des informations dans tous les cadres d'activité**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** | **Description** |
|  |  |

**L'évaluation préliminaire et/ou les résultats de l'analyse de l'enfant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  |  |  |
| **Signature d’évaluateur** |  | **Date** |
|  |  |  |
| **Signature d’évaluateur** |  | **Date** |
|  |  |  |
| **Signature d’évaluateur** |  | **Date** |

Les résultats doivent être mesurables et refléter les changements que la famille souhaiterait pour elle-même et son enfant.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Résultat #** **Qu'est-ce que vous et votre famille souhaiteriez pour votre enfant/famille tout au long les six prochains mois ?** (Le résultat doit être fonctionnel et dans le contexte des routines et des activités quotidiennes.) | **Que se passe-t-il maintenant associé à ce résultat ? Qu'est-ce que votre famille fait actuellement pour atteindre ce résultat ? (**Décrivez le fonctionnement de votre enfant et/ou de votre famille par rapport au changement/résultat souhaité.) | | | |
| **Comment votre famille et votre équipe travailleront-elles pour atteindre ce résultat ? Qui va aider et que feront- ils ?** (Décrivez les méthodes et les stratégies qui seront utilisées pour aider votre enfant/famille à atteindre vos objectifs dans le cadre de vos routines et activités quotidiennes. Dressez une liste qui s’occupera de quoi ?) | **Comment peut-on savoir s'il y a eu progrès ou si des révisions sont nécessaires pour les résultats, les stratégies ou les services ?** (Quelle action ou comportement observable remarquons-nous qui signifiera que le progrès est accompli ? Existe-t-il d'autres procédures utilisées pour mesurer les progrès ? Quels échéanciers réalistes seront utilisés pour déterminer le progrès ?)  **Date de début :**  **Date limite :** | | | |
| **Comment avons-nous réussi à faire ça ?** (Révision de l'état de progrès/Critères de réussite) | | | |
| Date : |  | | Atteint Accompli |
| Date : |  | | Poursuivi Nous sommes à mi-chemin Continuons. |
|  | |  |
|  | | | |
| **La situation est changée** | | | |
| Date : |  | | Cesser. Il ne s’applique pas. |
| Date : |  | | Revoir Réessayer d’une autre manière différente |
| Date : |  | | Explications/Commentaires |
|  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Premier lieu des services d'intervention précoce :** | | | | | | | | |
| **Des services d'intervention précoce** | **Fournisseur** | **Date de début prévue** | **Date de début effectif** | **Emplacement/environnement le plus naturel** | **Fréquence/ Durée/ Intensité/ Méthode** | **L’accord de paiement et coût pour la famille** | **Durée prévue** | **Date de fin** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Autre services :** | **Fournisseur :** | **Date de début :** | **Date de fin :** | **Si nécessaire, comment l'intervention précoce (EI) aidera la famille à accéder à d'autres services :** | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |

**Les réglementations fédérales exigent que les services d'intervention précoce soient fournis dans des environnements naturels et ne peuvent être fournis dans d'autres milieux que lorsque les résultats ne peuvent être atteints de manière satisfaisante dans l'environnement naturel. La justification doit être documentée ci-dessous pour supporter la décision de l'équipe de l’IFSP selon laquelle le résultat ne peut pas être atteint de manière satisfaisante dans l'environnement naturel.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **# Résultat** | **Service :** | 1. **Discutez des efforts et des raisons pour lesquelles le résultat ne peut être atteint dans un environnement naturel** | 1. **Décrivez comment l'intervention sera généralisée dans les routines et les activités quotidiennes de l'enfant et de la famille** | 1. **Identifiez les étapes pour déplacer l'intervention dans un environnement naturel** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Les Activités et les plans de transition** | **Action spécial** | **Personne responsable** | **Date de début** | **Date d'achèvement** |
| 1. **Discutez la signification de la « transition » de l'intervention précoce.** |  |  |  |  |
| 1. **Discutez des options de programme possibles (comprenant les services d'enseignement spéciale préscolaire, Head Start (programme d'intervention précoce), la garderie et d'autres services communautaires) qui peuvent être disponibles lorsque l'enfant n'est plus admissible à la partie C.** |  |  |  |  |
| 1. **Enfant à trouver :**   **L'unité scolaire publique (PSU) où l'enfant vive a été informée.** |  |  |  |  |
| 1. **Envoyez les informations concernant la partie B si le consentement parental est fourni.**   **Oui**  **Non** |  |  |  |  |
| 1. **Fournir aux parents l'occasion de se rencontrer et de recevoir des informations de l'agence d'éducation locale et/ou d'autres représentants du programme communautaire, le cas échéant, et de se rencontrer pour développer un plan de transition avec des étapes, des activités et des services de transition.** |  |  |  |  |
| 1. **Établissez des procédures pour préparer l'enfant aux changements dans la prestation des services, y compris des étapes pour aider l'enfant à s'adapter et à fonctionner dans un nouveau milieu.** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Préavis écrit** | | | | |
| **Raison du préavis écrit : Un** préavis écrit doit être fourni aux parents (10) dix jours avant que le programme pour nourrissons et tout-petits de Caroline du Nord (NC ITP) propose ou refuse de lancer ou de modifier la disposition de services d'intervention précoce pour votre enfant et votre famille. Vous pouvez accepter que les actions proposées se produisent plus tôt et ne pas attendre les (10) dix jours.  **Action proposée :** Initier les services énumérés sur l’IFSP pour lesquels le consentement est fourni, conformément au plan de prestation de services.  **Raisons de prendre l'action :** Après avoir discuté de toutes les informations d'évaluation/d'analyse, y compris les observations, les préoccupations, les priorités et les ressources de la famille, l'équipe de l’IFSP, y compris la famille, a mis d’accord sur les services d'intervention précoce et les autres soutiens à fournir pour atteindre les résultats établis. | | | | |
| **Avis de droits et garanties de procédures** | | | | |
|  | (Initiale) J'ai reçu une copie du ***Des Droits de l’enfant et de la famille du programme pour nourrissons et tout-petits*** avec ce préavis écrit. Ces informations comprennent toutes les garanties de procédures disponibles, y compris une description des procédures de plainte et les échéanciers de ces procédures. J’ai bien compris les droits qui m'ont été expliqués. | | | |
| **Consentement parental pour la prestation de services d'intervention précoce** | | | | |
| J'ai participé au développement de cet IFSP. Je comprends que mon consentement est volontaire et peut être révoqué par écrit à tout moment. Je comprends que je peux refuser un service ou des services sans compromettre tout autre service d'interventions précoce. Je comprends que mon enfant ne recevra pas les services du NC ITP identifiés sur l’IFSP sauf si je donne mon consentement écrit. | | | | |
| **Cochez l'une des options suivantes :** | | | | |
|  | **J’accorde la permission au programme pour nourrissons et tout-petits et les fournisseurs de services de fournir les services et les activités du NC ITP énumérés sur l’IFSP.** | | | |
|  | **Je refuse que mon enfant ou ma famille reçoive (Préciser)** | | |  |
|  | **— ET —** | | |  |
| **J’accorde la permission au NC ITP et les fournisseurs de services de fournir tous les autres services de NC ITP et de réaliser toutes les autres activités énumérées dans le présent IFSP, SAUF le ou les service(s) que j'ai précisés ici.** | | | |  |
|  | | | |  |
| **Approbation de la facture d’assurance / Medicaid** | |  |  | |
|  | (*initiale*) J'ai reçu une copie du système de notification de paiement de *NC ITP*. Je comprends bien les notifications liées à la facturation des prestations d'assurances privées et publiques qui m'ont été expliquées. | | | |
|  | (*initiale*) Les informations relatives à l'assurance enregistrées dans le dossier de mon enfant sont actuelles et exactes. | | | |
|  | *(initiale si applicable)* Je comprends que si mon enfant est couvert par une assurance privée et Medicaid, l'assurance privée doit d'abord être facturée en vertu de la politique de Medicaid, avant que les prestations de Medicaid puissent être accessibles. | | | |
| **Cochez l'une des options suivantes :** | | | | |
|  | J’accorde la permission au NC ITP et ses fournisseurs de services agréés de facturer l'assurance privée et/ou Medicaid conservé dans le dossier de mon enfant pour tous les services d'intervention précoce identifiés dans le présent IFSP. J'autorise la divulgation de l’information médicale ou clinique nécessaires au traitement de la déclaration de sinistre. **— ET —** | | | |
|  | J’accorde la permission au NC ITP et les fournisseurs de services agréés de facturer l'assurance privée et / ou Medicaid, conservé dans le dossier de mon enfant, pour les services d'intervention précoce identifiés sur cet IFSP, sauf de ce qui suit (*veuillez préciser*) | | | |
|  | |  |  | |
| Date et signature du parent/tuteur | |  | Date et signature du parent/tuteur | |
|  | |  |  | |
| Date et signature du coordonnateur de service d’intervention précoce (EISC) | |  | Signature du représentant de l'agence ou de la personne désignée/agence et date | |
|  | |  |  | |
| Date et d’autre signature | |  | Date et d’autre signature | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de révision** | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| CYCLE DE REVISION   Semestriel  Annuel  Autre | | | | | | | | | Date limite pour la prochaine révision |
| **Préavis écrit** | | | | | | | | | |
| **Raison du préavis écrit : Un** préavis écrit doit être fourni aux parents (10) dix jours avant que le programme pour nourrissons et tout-petits de Caroline du Nord (NC ITP) propose ou refuse de lancer ou de modifier la disposition de services d'intervention précoce pour votre enfant et votre famille. Vous pouvez accepter que les actions proposées se produisent plus tôt et ne pas attendre les (10) dix jours.  **Action proposée :** Initier ou modifier les services énumérés sur l’IFSP pour lesquels le consentement est fourni, conformément au plan de prestation de services.  **Raisons de prendre l'action :** Après avoir discuté de tous les informations d'évaluation/d'analyse, y compris l'observation de la famille, les préoccupations, les priorités et les ressources, l'équipe de l’IFSP, y compris la famille, a mis d’accord sur les services d'intervention précoce et les autres soutiens à fournir pour atteindre les résultats établis. | | | | | | | | | |
| **Avis de droits et garanties de procédures** | | | | | | | | | |
|  | J'ai reçu une copie de ***Des Droits de l’enfant et de la famille du programme pour nourrissons et tout-petits*** avec ce préavis écrit. Ces informations comprennent toutes les garanties de procédures disponibles, y compris une description des procédures de plainte et les échéanciers de ces procédures. J’ai bien compris les droits qui m'ont été expliqués. | | | | | | | | |
| **Consentement parental pour la prestation de services d'intervention précoce** | | | | | | | | | |
| J'ai participé au développement de cet IFSP. Je comprends que mon consentement est volontaire et peut être révoqué par écrit à tout moment. Je comprends que je peux refuser un service ou des services sans compromettre tout autre service d'interventions précoce. Je comprends que mon enfant ne recevra pas les services du NC ITP identifiés sur l’IFSP sauf si je donne mon consentement écrit. | | | | | | | | | |
| **Cochez l'une des options suivantes :** | | | | | | | | | |
|  | | **J’accorde la permission au programme pour nourrissons et tout-petits et les fournisseurs de services de fournir les services et activités de NC ITP identifiés dans le présent IFSP.** | | | | | | | |
|  | | **Je refuse que mon enfant ou ma famille reçoive (Préciser)** | | | | | |  | |
| — **ET** — | | | | | | | |  | |
| **J’accorde la permission au NC ITP et les fournisseurs de services de fournir tous les autres services de NC ITP et de réaliser toutes les autres activités énumérées dans le présent IFSP, SAUF le ou les service(s) que j'ai précisés ici.** | | | | | | | |  | |
|  | |
| **Approbation de la facture d’assurance** | | | | |  | |  | | |
|  | | (*initiale*) J'ai reçu une copie du *système de notification de paiement de NC ITP*. Je comprends bien les notifications liées à la facturation des prestations d'assurances privées et publiques qui m'ont été expliquées. | | | | | | | |
|  | | (*initiale*) Les informations relatives à l’assurance enregistrées pour mon enfant sont actuelles et exactes. | | | | | | | |
|  | | (*initiale si applicable*) Je comprends que si mon enfant est couvert par une assurance privée et Medicaid, l'assurance privée doit d'abord être facturée en vertu de la police Medicaid, avant que les prestations de Medicaid puissent être accessibles | | | | | | | |
| **Cochez l'une des options suivantes :** | | | | | | | | | |
|  | | J’accorde la permission au NC ITP et les fournisseurs de services agréés de facturer l'assurance privée et/ou Medicaid conservé dans le dossier de mon enfant, pour tous les services d'intervention précoce identifiés dans le présent IFSP, y compris les augmentations de fréquence, de durée, de durée ou d'intensité. J'autorise la divulgation de l’information médicale ou clinique nécessaires au traitement de la déclaration de sinistre. **— OU —** | | | | | | | |
|  | | J’accorde au NC ITP et les fournisseurs de services agréés de facturer l'assurance privée et/ou Medicaid, conservé dans le dossier de mon enfant, pour tout nouveau service d'intervention précoce ou pour toute augmentation de la fréquence, de la durée, de la durée ou de l'intensité des services identifiés pendant cette réunion de révision de l’IFSP, sauf de ce qui suit (veuillez préciser*)* | | | | | | | |
| **Résumé de la révision des résultats familiaux** | | | | | | | | | |
|  | | | Lors de la révision semestrielle, l'enquête sur les résultats familiaux a été discutée. J'ai eu l'occasion de répondre au sondage. | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | |
| Date et signature du parent/tuteur | | | | | |  | | Date et signature du parent/tuteur | |
|  | | | | | |  | |  | |
| Date et signature du coordonnateur de service d’intervention précoce (EISC) | | | | | |  | | Signature du représentant de l'agence ou de la personne désignée/agence et date | |
|  | | | | | |  | |  | |
| D’autre signature et date | | | | | |  | | D’autre signature et date | |