|  |
| --- |
| 노스캐롤라이나 영유아 프로그램  **개별화 가족 서비스 플랜 (**IFSP**)** |

|  |
| --- |
| 중요한 날짜 및 이벤트 |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **아이의 이름:** | |  | | | | | | | |
| **생일:** | |  | | | | **성별: 남성 여성** | | | |
| **추천 연령:** | |  | | | | **추천 날짜:** | |  | |
| **IFSP 회의 날짜:** | |  | | | | **IFSP 시작 날짜:** | |  | |
| **임시 IFSP 날짜:** | |  | | | **해당 없음** |  | | | |
| **부모 이름:** | |  | | | | **부모 이름:** | |  | |
| **주소:** | |  | | | | **주소:** | |  | |
| **시/주/우편번호:** | |  | | | | **시/주/우편번호:** | |  | |
| **전화 번호):** | | (   )   -  **직장 재택 세포**  (   )   -  **직장 재택 세포**  (   )   -  **직장 재택 세포** | | | | **전화 번호):** | (   )   -  **직장 재택 세포**  (   )   -  **직장 재택 세포**  (   )   -  **직장 재택 세포** | | |
| **이메일 주소):** | |  | | | | **이메일 주소):** | | |  |
| **부모의 언어:** | | |  | | | **자녀의 언어:** | | |  |
| **상주 학군:** | | | |  | | | | | |
| **군:** |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **이름** | **관계/역할** | **전화 번호** | **주소** | **시작일** | **종료 날짜** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**결과 또는 목표를 포함하여 가족의 개별화 가족 서비스 계획 (IFSP) 의 초점입니다. 가족의 장점, 자원 및 지원에 대해 제공하기로 선택한 정보는 우리 모두가 자녀와 가족을 위해 원하는 결과를 달성하기 위해 협력하는 데 매우 중요하고 도움이 됩니다.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **가족 평가 완료 날짜:** | **참가자/팀 구성원:** | **가족 주도 평가 도구의 이름:** |

|  |
| --- |
| **가족의 관심 영역:** (자녀 및/또는 가족이 일상 활동 및 일과 중에 직면하는 문제 또는 어려움을 설명하십시오.) |

|  |
| --- |
| **가족의 우선순위:** (가족에게 변화를 가져올 수 있는 지금 당장 시작할 수 있는 것은 무엇입니까?) |

|  |
| --- |
| **자녀와 가족의 필요를 충족시키는 데 도움이 되는 강점 및 리소스:** (친척, 가족 친구, 직장 동료, 기관 또는 서비스와 같이 가족을 지원하는 사람을 포함하십시오. 활동 및 외출도 포함하십시오. (예: 놀이 그룹, 도서관 이야기 시간, 공원에 가기, 소풍 등) |

|  |
| --- |
| **추가 정보:** 귀하의 자녀와 가족에게 가장 중요한 문제를 해결하기 위한 지원 및 서비스를 계획할 때 도움이 될 수 있는 추가 정보가 있습니까? |

**자녀의 현재 기술 및 능력** :

IFSP 의 이 섹션은 자녀의 사진을 제공합니다.강점과 필요 사항, 자녀의 관심과 동기를 부여하는 사람, 장소 및 사물, 좋아하는 것과 싫어하는 것. CDSA 는 표준화된 테스트, 기록 검토, 임상 관찰, 학부모 보고서 등 자녀의 발달을 살펴보기 위해 여러 가지 방법을 사용했습니다. 우리가 수집한 정보는 우리에게 필요한 기술과 행동에 대해 알려줍니다.귀하의 자녀가 지금까지 발달했으며 귀하의 자녀가 일상 활동에 참여하기 위해 이러한 기술과 행동을 결합하고 사용하는 방법. 기술과 행동은 5개의 영역(발달 영역)으로 나뉩니다.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **평가 날짜:** | | | **참여자:** | |
| **자녀의 나이:** | | **조정된 연령:** | | |
| **평가/평가 도구/사용된 기타 방법:** | | | | |
| **발달 영역** | **기술 및 능력** | | | |
| **사물** **(child's name) 이 잘 됨** | | | **(child's name) 의 과제 또는 다음 단계 형식 텍스트** |
| **사회적/정서적**  (다른 사람과의 관계, 감정 표현, 하루 종일 상황 대처) |  | | |  |
| **적응형**  (식사하기, 옷 입기, 용변 보기, 잠자기, 욕구 충족 등 일상 활동에서 스스로를 도울 수 있는 능력) |  | | |  |
| **인지**  (생각과 학습, 아이가 문제를 해결하는 방법) |  | | |  |
| **의사소통**  (단어 및 몸짓 이해(수용 언어), 소리, 단어 및 몸짓 사용(표현 언어) |  | | |  |
| **신체 발달**  (손을 사용하고 눈과 손을 함께 사용하여 조절과 협응(미세 운동), 아이의 근력, 운동을 위한 근육의 협응과 균형(총 운동) |  | | |  |

**자녀의 건강 정보** :

|  |
| --- |
| **관련 기록 및/또는 부모 보고서 검토를 기반으로 한 자녀의 현재 건강 상태 요약. *(여기에는 자녀의 출생 이력, 건강 상태 또는 진단, 질병, 입원, 투약, 시력 및 청력 상태 또는 기타 정보가 포함될 수 있습니다):*** |
| **자녀와 가족에게 더 나은 계획을 세우고 지원과 서비스를 제공하기 위해 팀이 자녀의 건강에 대해 알아야 할 다른 사항은 무엇입니까?** |

**아동 평가**

### 일상적인 환경에서 아동의 기능 평가 및 관찰 요약을 포함하십시오. 이 섹션에 언급된 정보에는 초기 아동 평가 또는 진행 중인 아동 평가의 요약이 포함될 수 있습니다. IFSP 의 이 섹션에서는 특정 아동의 필요를 충족하는 데 가장 적합한 지원 및 서비스를 결정하는 데 도움이 되는 정보를 제공합니다. 평가, 절차, 결과 및 아동의 고유한 강점과 필요에 관련된 개인을 나열하십시오. 이것이 초기 아동 평가인 경우 모든 발달 영역을 다루십시오.

### 기능적 아동 평가:

* 자연 환경에서 아는 사람들과 함께 일상 활동에 참여하는 아동을 지속적으로 관찰하는 것을 기반으로 합니다.
* **가족과 간병인을 적극적인 참여자로 참여시키십시오.**
* **각 어린이의 고유한 학습 방식을 다루기 위해 개별화됩니다.**
* **발달과 학습은 문화에 뿌리를 두고 있으며 가족의 지원을 받는다는 점을 반영합니다.**
* **활동 설정 전반에 걸쳐 정보 통합**

|  |  |
| --- | --- |
| **날짜** | **설명** |
|  |  |

**초기 평가 및/또는 아동 평가 결과:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  |  |  |
| **평가자 서명** |  | **날짜** |
|  |  |  |
| **평가자 서명** |  | **날짜** |
|  |  |  |
| **평가자 서명** |  | **날짜** |

결과는 측정 가능해야 하며 가족이 자신과 자녀에게 일어나기를 바라는 변화를 반영해야 합니다.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **결과 #** **귀하와 귀하의 가족은 향후 6개월 동안 귀하의 자녀/가족에게 어떤 일이 일어나기를 원하십니까?** (결과는 기능적이어야 하며 일상적인 일과 및 활동의 맥락에 있어야 합니다.) | **이 결과와 관련하여 지금 무슨 일이 일어나고 있습니까? 귀하의 가족은 현재 이러한 결과를 달성하기 위해 무엇을 하고 있습니까? (** 원하는 변화/결과와 관련된 자녀 및/또는 가족의 기능을 설명하십시오.) | | |
| **귀하의 가족과 팀이 이 결과를 달성하기 위해 어떤 방법으로 노력할 것입니까? 누가 도와주고 무엇을 할 것인가?** (일상과 활동 내에서 목표를 달성하기 위해 자녀/가족을 지원하는 데 사용할 방법과 전략을 설명하십시오. 누가 무엇을 할 것인지 나열하십시오.) | **우리가 진전을 이뤘는지 또는 결과, 전략 또는 서비스에 수정이 필요한지 어떻게 알 수 있습니까?** (진전이 이루어지고 있음을 보여주는 관찰 가능한 행동이나 동작은 무엇입니까? 진행 상황을 측정하는 데 사용되는 다른 절차가 있습니까? 진행 상황을 결정하는 데 사용할 현실적인 일정은 무엇입니까?)  **시작일:**  **목표 날짜:** | | |
| **우리는 어떻게 했습니까?** (진척도 검토/성공 기준) | | |
| 날짜: |  | 달성했습니다. 우리는 해냈다! |
| 날짜: |  | 계속하다. 우리는 거기에 부분적으로 있습니다. 계속 갑시다. |
|  |  |
|  | | |
| **상황이 변경되었습니다.** | | |
| 날짜: |  | 폐하다. 더 이상 적용되지 않습니다. |
| 날짜: |  | 개정하다. 다른 것을 시도해 봅시다. |
| 날짜: |  | 설명/의견 |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **조기 개입 서비스의 주요 장소:** | | | | | | | | |
| **조기 개입 서비스** | **공급자** | **예상 시작 날짜** | **실제 시작 날짜** | **위치/가장 자연적인 환경** | **빈도/길이/강도/방법** | **지불 방식 및 가족 비용** | **예상 기간** | **종료일** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **기타 서비스:** | **공급자:** | **시작일:** | **종료 날짜:** | **필요한 경우, 조기 중재 (EI) 가 가족이 다른 서비스에 액세스하는 데 어떻게 도움이 되는지:** | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |

**연방 규정에 따르면 조기 개입 서비스는 자연 환경에서 제공되어야 하며 결과가 자연 환경에서 만족스럽게 달성될 수 없는 경우에만 다른 환경에서 제공될 수 있습니다. 정당화 결과가 자연 환경에서 만족스럽게 달성될 수 없다는 IFSP 팀의 결정을 지원하기 위해 아래에 문서화해야 합니다.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **결과 #** | **서비스** | 1. **자연 환경에서 결과를 얻을 수 없는 이유와 노력에 대해 논의** | 1. **중재가 아동 및 가족의 일상 및 활동으로 일반화되는 방법을 설명하십시오.** | 1. **개입을 자연 환경으로 옮기기 위한 단계 식별** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **전환 계획 및 활동** | **특정 작업** | **책임있는 사람** | **시작일** | **완료 날짜** |
| 1. **조기 개입에서 "전환"이 무엇을 의미하는지 토론하십시오.** |  |  |  |  |
| 1. **자녀가 더 이상 파트 C 자격이 없을 때 이용할 수 있는 가능한 프로그램 옵션(유치원 특수 교육 서비스, 헤드 스타트, 보육 및 기타 지역사회 서비스 포함)에 대해 논의하십시오.** |  |  |  |  |
| 1. **어린이 찾기:**   **공립 학교 단위 (PSU) 에 통지했습니다.** |  |  |  |  |
| 1. **부모의 동의가 제공된 경우 지정된 정보를 파트 B로 보냅니다.**   **예**  **아니오** |  |  |  |  |
| 1. **학부모가 지역 교육 기관 및/또는 기타 지역사회 프로그램 대표자를 만나 정보를 받을 수 있는 기회를 제공하고 단계, 활동 및 전환 서비스가 포함된 전환 계획을 개발하기 위해 만납니다.** |  |  |  |  |
| 1. **자녀가 새로운 환경에 적응하고 기능하도록 돕는 단계를 포함하여 서비스 제공의 변화에 자녀를 준비시키는 절차를 수립합니다.** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **사전 서면 통지** | | | | | |
| **사전 서면 통지의 이유: 사전 서면 통지는 노스캐롤라이나 영유아 프로그램** (NC ITP) 이 귀하의 자녀를 위한 조기 개입 서비스 제공 또는 변경을 제안하거나 거부하기 10일 전에 부모에게 제공되어야 합니다. 가족. 귀하는 제안된 조치가 10일을 기다리지 않고 더 빨리 발생하도록 동의할 수 있습니다.  **행동 제안 :** 서비스 제공 계획에 따라 동의가 제공되는 IFSP 에 나열된 서비스를 시작합니다 .  **조치를 취한 이유** : 가족 관찰, 우려 사항, 우선순위 및 자원을 포함한 모든 평가/평가 정보를 논의한 후 가족을 포함한 IFSP 팀은 확립된 결과를 달성하기 위해 제공될 조기 개입 서비스 및 기타 지원에 동의했습니다. | | | | | |
| **권리 및 절차적 보호에 대한 고지** | | | | | |
|  | *(이니셜) 본인은* 이 사전 서면 통지와 함께***노스 캐롤라이나 영유아 프로그램 통지 아동 및 가족의 권리*** 사본을 받았습니다 . 이 정보에는 항의 절차에 대한 설명과 해당 절차의 일정을 포함 하여 사용 가능한 모든 절차적 보호 장치가 포함됩니다 . 이러한 권리는 본인에게 설명되었으며 본인은 이를 이해합니다. | | | | |
| **조기 개입 서비스 제공에 대한 부모의 동의** | | | | | |
| IFSP 개발에 참여했습니다. 본인은 본인의 동의가 자발적이며 언제든지 서면으로 철회될 수 있음을 이해합니다. 본인은 다른 조기 개입 서비스를 위험에 빠뜨리지 않고 서비스를 거부할 수 있음을 이해합니다. 본인이 서면으로 동의하지 않는 한 자녀가 IFSP 에 명시된 NC ITP 서비스를 받지 못한다는 것을 이해합니다 . | | | | | |
| **다음 중 하나를 확인하십시오.** | | | | | |
|  | **본인은노스 캐롤라이나 영유아 프로그램 및 서비스 제공자가 IFSP 에 나열된 NC ITP 서비스 및 활동을 제공하는 데 동의합니다.** | | | | |
|  | **본인은 자녀 또는 가족이 다음을 받는 것을 거부합니다 : (구체적으로)** | | | |  |
|  | **—그리고—** | | | |  |
| **NC ITP 및 서비스 제공자가 여기에 지정한 서비스를 제외하고 다른 모든 NC ITP 서비스를 제공 하고 이 IFSP 에 나열된 다른 모든 활동을 수행하는 데 동의합니다 .** | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **빌 보험 / 메디케이드동의서** | | |  |  | |
|  | | **(*이니셜)* 저는 *NC ITP 결제 알림 시스템*** 의 사본을 받았습니다. 알림 관련 개인 및 공공 보험 혜택을 청구하는 방법에 대해 설명을 들었고 이해합니다. | | | |
|  | | ***(초기의)*** 내 자녀를 위해 기록된 보험 정보는 최신이며 정확합니다. | | | |
|  | | ***(해당되는 경우 이니셜)*** 본인은 제 자녀가 민간 보험 및 메디케이드에 의해 보장되는 경우, 보험은 메디케이드 정책에 따라 메디케이드 혜택을 이용하기 전에 먼저 청구되어야 합니다. | | | |
| **다음 중 하나를 확인하십시오.** | | | | | |
|  | | NC ITP 및 공인 서비스 제공자가 이 IFSP에 명시된 모든 조기 개입 서비스 에 대해 기록에 있는 민간 보험 및/또는 메디케이드에 청구하는 것에 동의합니다. 본인은 보험 청구를 처리하는 데 필요한 의료 또는 임상 정보의 공개를 승인합니다. — 또는 - | | | |
|  | | IFSP 에 명시된 조기 개입 서비스에 대해 기록에 있는 민간 보험 및/또는 메디케이드에 청구하는 데 동의합니다. 다음을 ***제외하고*** *(구체적으로 기재하십시오)* | | | |
|  | | |  |  | |
| 학부모/보호자 서명 및 날짜 | | |  | 학부모/보호자 서명 및 날짜 | |
|  | | |  |  | |
| 조기 개입 서비스 코디네이터 (EISC) 서명 및 날짜 | | |  | 기관 대표 또는 피지명인 서명/기관 및 날짜 | |
|  | | |  |  | |
| 기타 서명 및 날짜 | | |  | 기타 서명 및 날짜 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **검토 날짜** | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 검토 주기 반기 연간 기타 | | | | | | | | | 다음 검토 대상 날짜 |
| **사전 서면 통지** | | | | | | | | | |
| **사전 서면 통지의 이유: 사전 서면 통지는 노스캐롤라이나 영유아 프로그램** (NC ITP) 이 귀하의 자녀를 위한 조기 개입 서비스 제공 또는 변경을 제안하거나 거부하기 10일 전에 부모에게 제공되어야 합니다. 가족. 귀하는 제안된 조치가 10일을 기다리지 않고 더 빨리 발생하도록 동의할 수 있습니다.  **행동 제안 :** 서비스 제공 계획에 따라 동의가 제공되는 IFSP 에 나열된 서비스를 시작하거나 변경합니다 .  **조치를 취하는 이유** : 가족 관찰, 우려 사항, 우선순위 및 자원을 포함한 모든 평가/평가 정보를 논의한 후 가족을 포함한 IFSP 팀은 확립된 결과를 달성하기 위해 제공될 조기 개입 서비스 및 기타 지원에 동의했습니다. | | | | | | | | | |
| **권리 및 절차적 보호에 대한 고지** | | | | | | | | | |
|  | 이 사전 서면 통지와 함께 ***영유아 프로그램 아동 및 가족*** 의 권리 사본을 받았습니다 . 이 정보에는 불만 절차에 대한 설명과 해당 절차의 일정을 포함 하여 사용 가능한 모든 절차적 보호 장치가 포함됩니다 . 이러한 권리는 본인에게 설명되었으며 본인은 이를 이해합니다. | | | | | | | | |
| **조기 개입 서비스 제공에 대한 부모의 동의** | | | | | | | | | |
| IFSP 개발에 참여했습니다 . 본인은 본인의 동의가 자발적이며 언제든지 서면으로 철회될 수 있음을 이해합니다. 본인은 다른 조기 개입 서비스를 위험에 빠뜨리지 않고 서비스를 거부할 수 있음을 이해합니다. 본인이 서면으로 동의하지 않는 한 자녀가 IFSP 에 명시된 NC ITP 서비스를 받지 못한다는 것을 이해합니다. | | | | | | | | | |
| **다음 중 하나를 확인하십시오.** | | | | | | | | | |
|  | | **본인은노스 캐롤라이나 영유아 프로그램 및 서비스 제공자가 본 IFSP 에 명시된 NC ITP 서비스 및 활동을 제공하는 데 동의합니다 .** | | | | | | | |
|  | | **본인은 자녀 또는 가족이 다음을 받는 것을 거부합니다 : (구체적으로)** | | | | | |  | |
| —**그리고**— | | | | | | | |  | |
| **NC ITP 및 서비스 제공자가 여기에 지정한 서비스를 제외하고 다른 모든 NC ITP 서비스를 제공 하고 이 IFSP 에 나열된 다른 모든 활동을 수행하는 데 동의합니다 .** | | | | | | | |  | |
|  | |
| **빌 보험 동의** | | | | |  |  | | | |
|  | | **( *이니셜)* 저는 *NC ITP 결제 알림 시스템*** 의 사본을 받았습니다 . 알림 관련 개인 및 공공 보험 혜택을 청구하는 방법에 대해 설명을 들었고 이해합니다. | | | | | | | |
|  | | ***(초기의)*** 내 자녀를 위해 기록된 보험 정보는 최신이며 정확합니다. | | | | | | | |
|  | | ***(해당되는 경우 이니셜)*** 본인은 제 자녀가 민간 보험 및 메디케이드에 의해 보장되는 경우, 보험은 메디케이드 정책에 따라 메디케이드 혜택을 이용하기 전에 먼저 청구되어야 합니다. | | | | | | | |
| **다음 중 하나를 확인하십시오.** | | | | | | | | | |
|  | | 본인은 빈도, 기간, 기간 또는 강도의 증가를 포함하여 이 IFSP 에서 식별된 모든 조기 개입 서비스에 대해 NC ITP 및 공인 서비스 제공자가 기록에 있는 개인 보험 및/또는 메디케이드에 청구하는 것에 동의 합니다. 본인은 보험 청구를 처리하는 데 필요한 의료 또는 임상 정보의 공개를 승인합니다. **— 또는 -** | | | | | | | |
|  | | 본인은 NC ITP 및 승인된 서비스 제공자가 내 자녀를 위해 기록에 있는 민간 보험 및/또는 메디케이드에 새로운 조기 개입 서비스 또는 기간 동안 식별된 서비스의 빈도, 기간, 기간 또는 강도 증가에 대해 청구하는 것에 동의합니다. 이 IFSP 검토 회의는 다음을 ***제외하고*** *(구체적으로 기재하십시오)* | | | | | | | |
| **가족 결과 요약 검토** | | | | | | | | | |
|  | | | 반기별 검토에서가족 성과 설문조사 가 논의되었습니다. 설문조사를 완료할 기회가 주어졌습니다. | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | |
| 학부모/보호자 서명 및 날짜 | | | | | | |  | 학부모/보호자 서명 및 날짜 | |
|  | | | | | | |  |  | |
| 조기 개입 서비스 코디네이터 (EISC) 서명 및 날짜 | | | | | | |  | 기관 대표 또는 피지명인 서명/기관 및 날짜 | |
|  | | | | | | |  |  | |
| 기타 서명 및 날짜 | | | | | | |  | 기타 서명 및 날짜 | |