

伊利诺亚州
基石项目
早期干预服务计划

EARLY INTERVENTION SERVICE PLAN

儿童姓名: _____ 出生日期: _____ EI #: _____ Part ID#: _____

早期干预服务计划封面

起草日期:

个性化家庭服务计划目录

必要组成部分:

- 现阶段发育水平
- 儿童和家庭的发展结果
- 早期干预 C 部服务授权
- 过渡计划
- 个性化家庭服务计划的实施和分发计划授权

如有请附上

- 家庭提出的对个性化家庭服务计划的意见
- 过渡计划工作表
- 其它 _____
- 其它 _____

机密文件

符合服务资格的日期:

符合服务资格的根据:

主要诊断:

备注:

儿童姓名: _____ 出生日期: _____ EI #: _____ Part ID#: _____

=====

发育机能/水平现状

访问日期: 2008年3月13日

以百分比和/或年龄当量的形式记录儿童发育障碍的延迟程度, 提供儿童现有发育机能/水平的具体表述, 包括儿童及家庭的优势、资源、治疗优先性和问题关注。

1. 就加强儿童的全面发展而言, 家庭的优势、资源、治疗优先性和问题关注分别是什么? [请参考“年龄阶段发展问卷(社会情感发展部分)及初访时谈及的日常生活及活动]

2. 总体健康及医疗信息(应简单提及视力和听力的状况)

3. 适应能力的发展

发育延迟:

年龄当量:

4. 认知能力的发展

发育延迟:

年龄当量:

5. 交流能力的发展(总体)

语言表达
语言理解

发育延迟

年龄当量

6. 肌肉运动能力(总体)

精细肌肉运动能力
基本肌肉运动能力

发育延迟

年龄当量

发育机能/水平现状

访问日期:

7. 社交/情感发展

儿童姓名: _____ 出生日期: _____ EI #: _____ Part ID#: _____
=====

早期干预服务成果总结

早期干预援助/服务的最终目的是帮助儿童成功地参与家庭和社区生活。出于这个目的考虑，以下儿童发育成果被纳入评估的范围：

8. 积极的社交/情感技巧（包括社会关系）

在这方面达标的儿童应表现出与其年龄相符的各种建立/保持积极社会关系的行为，例如，他们能：

- 对生活中的主要看护者表现出依恋。
- 与儿童或成人建立或保持社交关系。
- 以适合的行为参与一系列的场合和情况。
- 表现出对他人的信任。
- 控制调节知觉或情感。
- 理解并遵守规则。
- 解决社会交往中的问题。

A. 在上述发育成果方面，该儿童在各种场合中表现出何种程度的与其年龄相符的行为或技能？

完全发展	介于完全和初步发展之间	初步发展	介于刚刚起步和初步发展之间	刚刚起步	介于尚未发展和刚刚起步之间	尚未发展	评分

B. 自上次评估以来，该儿童在上述发育成果方面是否发展了新的技能或表现出新的行为？

发育机能/水平现状

访问日期：2008年3月13日

9. 掌握及使用知识和技能

在这方面达标的儿童在各种日常生活和活动中应表现出相应的掌握及使用知识和技能的行为，例如，他们能：

- 对周围环境进行探索。
- 用适当的方式操作玩具或其它物件以进行日常学习。
- 通过口头表达、手语、或强化交流装置等方式使用词汇进行交流，表达方式日渐复杂。
- 在游戏中表现出想象力和创造力。
- 获取或保持注意力。

**伊利诺亚州
基石项目
早期干预服务计划**

EARLY INTERVENTION SERVICE PLAN

儿童姓名: _____ 出生日期: _____ EI #: _____ Part ID#: _____

=====

A. 在上述发育成果方面，该儿童在各种场合中表现出何种程度的与其年龄相符的行为或技能？

完全发展	介于完全和初步发展之间	初步发展	介于刚刚起步和初步发展之间	刚刚起步	介于尚未发展和刚刚起步之间	尚未发展	评分

B. 自上次评估以来，该儿童在上述发育成果方面是否发展了新的技能或表现出新的行为？

10. 采取适合的行动以满足自己的需要

采取适合的行动以满足自己需要的儿童能表现出与这个目标相关的各种行为，例如，他们能：

- 使用手势、声音、词汇、标示、或其它手段来表达自己的需要。
- 满足生活自理的需要（吃饭、穿衣等）以便参加日常活动。
- 以适当的方式利用物品当作工具（例如：叉子、棍子、铅笔、蜡笔、开关）。
- 进行位置转移以便参加日常活动或游戏。
- 为了满足基本照看或其它需求而进行位置转移时能根据需要寻求帮助
- 遵守相关的健康安全规定

A. 在上述发育成果方面，该儿童在各种场合中表现出何种程度的与其年龄相符的行为或技能？

完全发展	介于完全和初步发展之间	初步发展	介于刚刚起步和初步发展之间	刚刚起步	介于尚未发展和刚刚起步之间	尚未发展	评分

B. 自上次评估以来，该儿童在上述发育成果方面是否发展了新的技能或表现出新的行为？

伊利诺亚州
基石项目
早期干预服务计划

EARLY INTERVENTION SERVICE PLAN

儿童姓名: _____ 出生日期: _____ EI #: _____ Part ID#: _____
=====

发育机能/水平现状

访问日期: 2008年3月13日

信息来源

测试工具 (如适用)

日期

伊利诺亚州
基石项目
早期干预服务计划

EARLY INTERVENTION SERVICE PLAN

儿童姓名: _____ 出生日期: _____ EI #: _____ Part ID#: _____
=====

评估类型: 问题#	早期干预过渡计划 评估问题	评估日期	答复日期
--------------	------------------	------	------

伊利诺亚州
基石项目
早期干预服务计划

EARLY INTERVENTION SERVICE PLAN

儿童姓名: _____ 出生日期: _____ EI #: _____ Part ID#: _____

=====

住址: _____ 电话: _____
联系人: _____ 与儿童的关系: _____

授权开始日期: _____ 授权结束日期: _____

授权收款方:

电话:

授权类型:

服务:

方式:

服务地点:

程序:

频率:

时间:

授权序号: _____

日期: _____

授权日期: _____

个人保险: _____

备注: _____

* * * * *

授权类型:

服务:

方式:

服务地点:

程序:

频率:

时间:

授权序号: _____

日期: _____

授权日期: _____

个人保险: _____

备注: _____

SECTION 3 (Chinese)

儿童姓名:	EI #:	Part ID#:	日期:
第三部分：儿童和家庭的目标 (可用作 Part B 学前班教育的年度教学目标)		每页包含一个目标，每页应有自己的目标编号，每项目标应有若干相对应的服务、策略和/或活动，以便协助实现该目标。	
***家长认为应优先接受治疗的内容（家庭的需要及原因？）			
我们对_____有何要求，对我们的家庭有何展望？（目标）			
我们如何能达到这一治疗结果？ [列出协助实现该目标的策略和/或活动，获得服务的手段，服务所需的资金来源（若不需要 Part C 早期干预系统提供资金来源）]	什么早期干预和 / 或服务及援助能起到帮助的作用	资金来源	定期评审后认为进展如何？实现既定目标了吗？是否应调整目标、策略、活动、和 / 或服务？若是，如何调整？做出任何调整前都需要家长的书面许可
•			
早期干预的服务对象请注意： 儿童的基本成长环境包括家庭成员，家庭住所，社区，生活方式和日常活动。早期干预工作者应尽可能地在儿童的自然成长环境中提供治疗服务，儿童的家庭成员应尽可能地参与治疗活动。早期干预工作者是否在儿童的自然成长环境中提供所有该治疗结果所需的 Part C 早期干预服务？ ____ 是 ____ 否 若回答为否，请解释不能在儿童的自然成长环境中提供早期干预服务的原因：			
有关资金来源的说明：所有 Part C 早期干预服务须事先取得授权。其它并非由 Part C 早期干预系统提供的必要服务，请说明提供付款或协助支付的资金来源 [例如：国家医疗救助制度 (Medicaid), 儿童专门护理署(DSCC), 个人保险]			

SECTION 3 (Chinese)

儿童姓名:	EI #:	Part ID#:	日期:
第三部分：治疗结果 (可用作 Part B 学前班教育的年度教学目标)		每页包含一个治疗结果，每页应有自己的治疗结果编号，每项治疗结果应有若干相对应的服务、策略和/或活动，以便协助实现该目标。	
***家长认为应优先接受治疗的内容（问题）			
我们对_____有何要求，对我们的家庭有何展望？（家庭的需要及原因？）			
我们如何能达到这一治疗结果？ [列出协助实现该目标的策略和/或活动，获得服务的手段，服务所需的资金来源（若不需要 Part C 早期干预系统提供资金来源）]	什么早期干预和 / 或服务及援助能起到帮助的作用	资金来源	定期评审后认为进展如何？实现既定目标了吗？是否应调整目标、策略、活动、和 / 或服务？若是，如何调整？做出任何调整前都需要家长的书面许可
•			
早期干预的服务对象请注意： 儿童的基本成长环境包括家庭成员，家庭住所，社区，生活方式和日常活动。早期干预工作者应尽可能地在儿童的自然成长环境中提供治疗服务，儿童的家庭成员应尽可能地参与治疗活动。早期干预工作者是否在儿童的自然成长环境中提供所有该治疗结果所需的 Part C 早期干预服务？ ____ 是 ____ 否 若回答为否，请解释不能在儿童的自然成长环境中提供早期干预服务的原因：			
有关资金来源的说明：所有 Part C 早期干预服务须事先取得授权。其它并非由 Part C 早期干预系统提供的必要服务，请说明提供付款或协助支付的资金来源 [例如：国家医疗救助制度 (Medicaid), 儿童专门护理署(DSCC), 个人保险]			

SECTION 7 (Chinese)

儿童姓名:	EI #:	Part ID#:	日期:
-------	-------	-----------	-----

第七部分：计划实施及文件分发授权	实施早期干预服务所必需的文件
-------------------------	----------------

计划实施及任务分配授权签字页的目的是：1) 证明家长许可实施早期干预服务计划， 和 2) 明确本服务计划将分发给何人/何人有权力阅览本服务计划。

早期干预服务对象请注意：

相关人员已向我充分解释说明了这一个性化家庭服务计划的内容。我明白我有权拒绝州政府提供的一部分或全部的服务，但是一旦拒绝，我的孩子将不能接受州政府为这部分早期干预服务提供的款项。我也明白我有权就所接受的服务要求进行听证或仲裁，在协调争端的过程中，我的家庭有权接受无争议的那部分服务，或根据现有的个性化家庭服务计划继续接受服务。若同意接受服务，我明白该服务必须得到实施。我明白并同意在实施过程中，个别早期干预服务人员可能有所变更，只要服务的种类、频率、时间、和地点不变，该变更不需要得到我的书面许可。为了保证服务的实施，我同意将本个性化家庭服务计划分发给下面列出的 Part C 早期干预服务人员以及下边列明的其它人员/机构。我明白本计划每六个月必须进行一次评审，视需要也可提前进行评审。最后，我明白，作为 Part C 早期干预服务计划的领导机构，伊利诺亚州社会服务部对其资金援助范围以外的服务可能拒绝负担相关费用，最后，我明白，作为 Part C 早期干预服务计划的领导机构，伊利诺亚州社会服务部可能拒绝对州政府必须援助范围以外的服务负担费用，在州政府必须援助范围以内的服务，社会服务部将作为最后的机构负担所需的费用。就此规定，我不需要进一步的书面通知。

我同意接受本计划中的所有早期干预服务

除以下项目外，我同意接受本计划中的所有早期干预服务

我拒绝接受本计划中的早期干预服务

在此，我同意以下人员/机构得到一份本个性化家庭服务计划及相关的修改件。

姓名	身份	地址	电话
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

家长或监护人签名： _____ 日期: _____

其它签名： _____ 与儿童的关系: _____ 日期: _____

