



個別家族支援計画 (IFSP) Individualized Family Service Plan (IFSP)

IDEA（個別障害者教育法）パートCの下では、IFSP（個別家族支援計画）は、発達の遅れや障がいのある0歳から3歳までの子どもたちのニーズに対応するために、家族の支援能力を高めることを目的として求められています。

IFSPの種類および日付： ☐ 初回 IFSP _____ ☐ 年間 IFSP _____
☐ 暫定 IFSP _____ ☐ IFSPレビュー _____

I. 子どもおよび家族に関する情報

子どもの名前：	
生年月日：	性別： ☐ 男性 ☐ 女性
保護者の名前：	代理親： ☐ はい ☐ いいえ
住所：	
市/州/郵便番号：	
電話番号：	() - 勤務先 ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ () - 勤務先 ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ () - 勤務先 ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐
Eメールアドレス：	
人種：	
家族の主な言語：	通訳は必要ですか？ ☐ はい ☐ いいえ
居住学区：	
サービス提供エリア：	
代替連絡先：	
子どもとの関係：	
住所：	
市/州/郵便番号：	
電話番号：	() - 勤務先 ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ () - 勤務先 ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ () - 勤務先 ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐
Eメールアドレス：	
ご自宅には誰が住んでいますか？	
過去に受けた発達評価/アセスメント、早期介入および/または治療サービスについて記述してください（該当する場合）：	

家族リソースコーディネーターの情報

家族リソースコーディネーターの 名前：	
機関名	
機関所在地：	
市/州/郵便番号	
電話番号： () -	勤務先 ☐ 携帯 ☐
Eメールアドレス：	

紹介および医療・健康に関する情報

紹介情報
紹介日：
紹介理由：
紹介元：
住所：
市/州/郵便番号
電話番号： () - Fax：() - Eメールアドレス：

プライマリケアに関する情報
プライマリケア提供者の名前：
住所：
市/州/郵便番号
電話番号： () - Fax：() - Eメールアドレス：

子どもの健康に関する情報

関連記録の確認に基づく子どもの健康状態の概要（これには、子どもの出生歴、医療状態や診断（例：アレルギー）、病歴、入院歴、服薬状況、視覚および聴覚のスクリーニング、その他の発達評価が含まれます）：

お子さまとご家族のためにより優れた計画とサービス提供ができるようにするために、お子さまの健康についてチームが知っておくべきことは他にありますか？

II. 子ども／家族の日課および活動について

子どもや家族の日課や活動を理解することは、子どもの学びと発達を支えるさまざまな学習機会を特定するうえで、チームの助けとなります。

お子さまは日中どこで過ごしていますか？誰が関わっていますか？お子さまとご自身との関係や、お子さまがさまざまな場面で最も長く一緒に過ごす人たちとの関係を、どのように表現しますか？

お子さまが最も楽しんでいることは何ですか（おもちゃ、人々、場所、活動などを含む）？

ご家族は一緒に何をするのが好きですか？また、その理由は何ですか？誰が関わっていますか？これはいつ行われますか？

うまくいっている活動や関係は何ですか？

もしあれば、ご自身やお子さまにとって難しい、またはフラストレーションを感じる日課や活動は何ですか？

お子さまのニーズのために現在行っていないが、今後または近い将来に行いたいと考えている日課や活動は何ですか？

家族の懸念事項、リソース、優先事項

家族の心配事と優先事項は、IFSP（個別家族支援計画）の成果の策定を促進します。家族のリソースとサポートは、望ましい変化を支援し、子どもの機能や学びを向上させるために重要です。家族は、共有しても問題のない情報のみを共有すべきです。

私は、懸念事項、優先事項、リソースに関する情報を共有せず、この情報をIFSPに含めないことを選択します。私の子どもが適格である場合、私がこの欄に記入しないことを選択しても、子どもはIFSPチームによって決定された適切なサービスを受けることができることを理解します。

_____(保護者のイニシャル)

家族の懸念事項の概要：(日常生活や活動における課題に基づく)

家族の優先事項：(上記で特定された懸念に基づく)

家族が子どものニーズを満たすために持っている強みとリソース：(家族、友人、地域団体、金銭的サポートなど、ご自身にとって役立つものを含む)

これまでに提供された情報に加えて、お子さまに関してまだ共有していない、または他の人から伝えられた追加の懸念事項はありますか？お子さまやご家族にとって最も重要なことに対応するためのサポートやサービスの計画に役立つ、他に伝えたいことはありますか？

III. 子どもの現在の発達レベル

評価やアセスメント（観察、保護者の報告、検査などを含む）を通じて明らかになった子どものスキルを理解することは、チーム（保護者を含む）が子どもの学びを促進するための支援やサービスを計画する際に役立ちます。

発達分野	スキル／現状の説明 (各発達分野における子どものスキルを列挙／現状を説明してください。各領域における感覚的ニーズに関する情報も含めてください)	発達レベル (遅れの割合、標準偏差、発達年齢など)	情報元 (使用した評価ツール、保護者の報告、観察など)	評価者の氏名および評価／アセスメントの実施日
適応行動 授乳、食事、着替え、睡眠 (例：哺乳瓶を持つ、おもちゃに手を伸ばす、着替えを手伝うなど)				
認知機能 思考と学習 (例：落としたおもちゃを探す、ひもでおもちゃを引っ張る、簡単なパズルを解く)				
表出コミュニケーション 音を出す、ジェスチャーをする、話す (例：母音を発音する、物を指差して欲求を表現する、2語以上を使う)				
受容コミュニケーション 言葉とジェスチャーを理解する (例：名前を呼ばれると振り向く、体の部位やよくある物の名前を聞いて指さす、1段階または2段階の簡単な指示に従う、簡単な言葉を理解する)				
身体：微細運動 手足を使う (例：おもちゃに手を伸ばして遊ぶ、レーズンをつまむ、ビーズを糸に通す)				
身体：粗大運動 大きな筋肉を使って動く (例：うつ伏せから仰向けに寝返りを打つ、一人で座る、つかまり立ちで歩く)				
社会性・情緒面 他人との関わり (例：笑って喜びを表す、しっかりと目を合わせる、親しい養育者に助けを求める、順番を守る、おもちゃを共有する)				
視覚 (例：12ヶ月以下であればInfantSee検査に合格、物を目で追う、親しい人の顔に注目する、または年齢に適した視覚的な行動を示す)				
聴覚 (例：12ヶ月以下であれば新生児聴カスクリーニングに合格、年齢に適した言語・聴覚の発達を示す)				

パートCサービスの初期適格性

各児童の評価とアセスメント、およびパートCサービスの初期適格性の決定早期介入サービスには、情報に基づいた臨床的意見の利用が含まれなければなりません。適格性の決定はチームの判断によります。

☐ お子さまはパートCサービスの適格性があります。理由は以下の（以下のいずれかをチェックしてください）です：

☐ 1つ以上の分野で、1.5標準偏差または25%の発達遅延（該当するものすべてにチェックを入れてください）：

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 認知機能 | ☐ 身体：微細運動 | ☐ 身体：粗大運動 | ☐ 社会的または感 |
| ☐ 情的な適応 | ☐ 表出コミュニケーション | ☐ 受容コミュニケーション | |

☐ 発達遅延を引き起こす可能性のある診断された状態（特定してください）：

☐ 情報に基づいた臨床的意見（適格性の判断にこの方法のみを用いる場合はチェックしてください）：

情報に基づいた臨床的意見の要約（評価と査定を通して、十分な情報に基づいた臨床的意見を用いなければならないことから、適格性の判断に用いられた基準にかかわらず、このセクションは記入してください）：

機能的パフォーマンスの概要

このセクションは、子どもがさまざまな領域でのスキルをどのように活用して、異なる環境や状況で機能するかを要約したものです。チーム（親を含む）が機能的なIFSP（個別家族支援計画）の成果を策定し、その成果を達成するための戦略を立て、時間をかけて進捗を監視できるようにするための情報を提供するものです。この情報は、子どもの成果の要約情報の記入にも役立ちます。

積極的な社会性・情緒面のスキル（社会的関係を含む）：（大人との関わり方、他の子どもとの関わり方、グループ内でのルールや他者とのやり取りに従うこと）

子どもの機能の概要：

成果記述文（いずれか一つを選択）：

知識とスキルの習得と活用（初期の言語／コミュニケーションを含む）：（思考、推論、記憶、問題解決、記号の理解、物理的および社会的世界の理解）

子どもの機能の概要：

成果記述文（いずれか一つを選択）：

自分のニーズを満たすための適切な行動をとる：（基本的なニーズのケア、例：空腹を示す、着替え、食事、排泄など／自身の健康と安全への貢献、例：ルールを守る、手洗いを手伝う、食べられない物を避ける（24か月以上の場合）／場所から場所への移動（移動能力）、道具を使う（フォーク、物に付いている紐など））

子どもの機能の概要：

成果記述文（いずれか一つを選択）：

チームが子どもの成果記述文を選定した日付： ____ / ____ / ____

アセスメントチーム

評価およびアセスメントに参加した人物：		
氏名および資格	役割／組織	アセスメント活動
		☐ 子どもの現在の発達レベル ☐ パートCサービスの適格性 ☐ 機能的パフォーマンスの概要に情報を提供した ☐ 成果記述文の選定に参加した
		☐ 子どもの現在の発達レベル ☐ パートCサービスの適格性 ☐ 機能的パフォーマンスの概要に情報を提供した ☐ 成果記述文の選定に参加した
		☐ 子どもの現在の発達レベル ☐ パートCサービスの適格性 ☐ 機能的パフォーマンスの概要に情報を提供した ☐ 成果記述文の選定に参加した
		☐ 子どもの現在の発達レベル ☐ パートCサービスの適格性 ☐ 機能的パフォーマンスの概要に情報を提供した ☐ 成果記述文の選定に参加した
		☐ 子どもの現在の発達レベル ☐ パートCサービスの適格性 ☐ 機能的パフォーマンスの概要に情報を提供した ☐ 成果記述文の選定に参加した

子どもの成果概要プロセスにおける家族の役割（いずれか一つにチェック）：

☐ 家族が話し合いに立ち会い、そして記述文の選択に立ち会った
☐ 家族は話し合いに参加したが、記述文の選定には参加しなかった
☐ 家族は情報を提供したが、話し合いには参加しなかった

子どもの機能に関する家族の情報（該当するものすべてにチェック）：

☐ チームミーティングで受け取った ☐ 別途収集した ☐ アセスメントに組み込まれた
☐ 含まれていない（説明してください：）

子どもの成果概要に関するアセスメントツール：

その他の情報源（例：実施者の観察、保育提供者からの情報）：

IV. 子どもと家族のための機能的IFSPの成果

機能的成果は、家族が自分自身と子どもに対して望む変化を反映し、家族の優先事項および子どもの発達ニーズに基づいている必要があります。

成果 # _____	開始日 : _____ 目標日 : _____
ご家族で、子どもや家族に対してどのような変化を望んでいますか？（成果は機能的で測定可能であり、日常のルーチンや活動の文脈である必要があります。）	
この成果に関連して、現在何が起きていますか？ご家族で、現在この成果を達成するためにどのような支援を行っていますか？（望ましい変化/成果に関連する、子どもや家族の機能を説明してください。）	
ご家族とチームは、この成果を達成するためにどのように協力していきますか？その際、誰がサポートをし、何のようなことを行いますか？（日常の活動やルーチンの中で、子どもと家族が成果を達成するために使用される方法や戦略を記述してください。（早期介入サービスだけでなく、家族、友人、近所の人々、教会や他の地域団体、特別な医療プログラム、親向け教育プログラムなどのインフォーマルな支援も含めて、誰が何を行うかを一覧にしてください。）	
成果が上がったかどうか、あるいは成果やサービスに修正が必要かどうかを、どのようにして判断しますか？（どのような基準[進歩がなされていることを示す観察可能な行動や振る舞いなど]、手順[観察、報告、チャートなど]、現実的なスケジュールを用いるか]	
成果の振り返り （進捗状況の確認／成功の基準） 日付：_____ 達成済み：目標を達成しました！ 日付：_____ 継続：目標に向かって進行中です。引き続き取り組みましょう。 状況が変わりました： 日付：_____ 中止：該当しなくなりました。 日付：_____ 修正：別の方法を試してみましょう。 日付：_____ 説明/コメント：	

コミュニティリソースと支援へのアクセスに関連する家族リソースコーディネーターによって支援された機能的IFSPの成果

家族リソースコーディネーションは、すべての早期介入サービスに登録されている家族に提供されます。家族リソースコーディネーターは、あなたやあなたの子どもが現在の優先事項に基づいて必要とするコミュニティリソースや支援を特定し、アクセスできるようサポートします。このページでは、これらのリソースを利用するために、あなたとあなたのチームが取るべきステップと活動の概要を説明します。

成果 # _____ 何を達成したいですか？（望ましい成果）		開始日： _____	
		目標日： _____	
誰が何を行いますか？（戦略／活動）			
レビュー日： _____			
進捗コード（いずれか一つを選んでください）： 達成済み 継続 中止 修正			
コメント：			
成果 # _____ 何を達成したいですか？（望ましい成果）		開始日： _____	
		目標日： _____	
誰が何を行いますか？（戦略／活動）			
レビュー日： _____			
進捗コード（いずれか一つを選んでください）： 達成済み 継続 中止 修正			
コメント：			
成果 # _____ 何を達成したいですか？（望ましい成果）		開始日： _____	
		目標日： _____	
誰が何を行いますか？（戦略／活動）			
レビュー日： _____			
進捗コード（いずれか一つを選んでください）： 達成済み 継続 中止 修正			
コメント：			

V. 移行計画

移行計画は、子どもが3歳で早期介入サービスを終了し、地域や学校の他のサービスへ移行する際に、子どもと家族を支援するためのステップと活動をまとめたものです。

お子さまの移行に関する優先事項と目標：

--

幼児特別支援教育の連絡先情報

幼児特別支援教育担当者の氏名：

電話番号：（ ） -

勤務先 ☐ 携帯 ☐

Eメールアドレス：

移行計画に関する要件および活動	実施ステップ	担当者の役割	開始日	完了日
初回IFSP会議から子どもの3歳の誕生日の90日前までの間のいずれかの時点で：				
1.早期介入サービスの資格や年齢の目安、この移行を計画するために何ができるかなど、早期介入からの「移行」とは何かを保護者と話し合う。				
2.子どもが早期介入サービスの資格を失った場合に利用可能なプログラムの選択肢（特別支援教育プログラム、ヘッドスタート、保育サービス、その他の地域社会のサービス）について保護者と話し合う。				
3.保護者が自分の権利を理解し、支援活動のスキルを身につける手助けをする。				
子どもの3歳の誕生日の少なくとも90日前、かつ9ヶ月以内の時点で：				
4.LEA（地方教育機関）およびSEA（州教育機関）に、子どもがパートBサービスの資格を有する可能性があることを通知する（子どもの氏名、住所、電話番号、誕生日を含む）。				
5.保護者の同意を得て、記録情報（評価、アセスメント、IFSPを含む）を転送する。				

移行計画に関する要件および活動	実施ステップ	担当者の役割	開始日	完了日
子どもの誕生日の少なくとも90日前から9ヶ月前までのIFSP会議（移行会議でもよい）において、以下の内容、および円滑な移行を確実にするために必要な子どもと家族の機能的成果または早期介入およびその他のサービスの修正を含む、子どもの移行計画を策定する：				
6.保護者が、地域の教育機関やその他の地域プログラムの担当者と面会し、適切な情報を受け取る機会を提供する。				
7.サービス提供の変更に備えて、子どもが新しい環境に適応し、そこで機能できるよう支援する手順を確立する（例：新しいプログラムを訪問する、子どもの初登校前にプログラムスタッフと面会する、必要な物品や用品（バックパックなど）を家族が手配できるよう手助けする）。				
8.子どもがパートBに移行する場合、子どもの誕生日から残りの学年度までのプログラム選択肢について保護者と確認する。				
9.保護者の同意を得て、移行会議を日程調整する（子どもの誕生日の少なくとも 90 日前、かつ 9 ヶ月以内）とともに、保護者、早期介入担当者、地域の教育機関、ヘッドスタート、およびその他の地域提供者を必要に応じて招待する。				
10.移行会議にて：				
a.子どもが新しいサービス提供場所に移行する前に完了すべきその他の活動を決定する（例：入学手続き、予防接種、交通手段、医療ニーズなど）。				
b.現在の評価およびアセスメント情報を確認する。移行前にパートBまたはその他のプログラムの適格性を判断するために、追加の評価が必要かどうかを決定する。				
c.必要に応じて、子どもが就学前特別支援教育の対象となる可能性がある場合、初回評価のスケジュール調整を支援する。				
d.移行後のフォローアップ（サービスコーディネーション、新しいスタッフとの相談を含む）				

移行計画に関する要件および活動	実施ステップ	担当者の役割	開始日	完了日
が必要かどうかを決定する。				
11.その他の移行計画の活動：				

VI. サービスの概要

サービスと支援は、機能的なIFSP成果の策定後に決定されます。子どもの発達を支援する家族の力を高め、家族や地域の活動への機能的な参加を通じて、子どもの学びと成長を促進することを目的としています。

早期介入 サービス	成果 # (該当するものを すべて記入)	サービスの 頻度および 時間	提供形態		方法	実施場所	自然環境 ありなし*	支払い方法 (該当する場 合)	期間		担当機関
			個別	グループ					開始 日	終了 日	

サービスに関する合意に達するための話し合いの記録：（拒否または辞退されたサービスに関する話し合い、およびサービスの頻度、提供形態、提供方法に関する交渉を含む。）

* もし実施場所が自然環境でない場合、その理由を記入してください。

その他のサービス

これらは、現在お子さまとご家族が利用している追加サービスですが、パートCの対象外となるサービスです。この追加サービスには、健康診断や医療目的での専門医とのフォローアップなど、医療サービスが含まれる場合があります。

現在、ご自身またはお子さまが以下のサービスを受けていますか？					
該当する場合はチェック	経済的およびその他の基本的な支援	該当する場合はチェック	健康および医療サービス	該当する場合はチェック	一般的なサービス
	Medicaid/Apple Health – 子ども		WIC 栄養プログラム		早期ヘッドスタートまたはヘッドスタート
	Medicaid/Basic Health – 保護者		初期ステップ		移民ヘッドスタート – アメリカ先住民/アラスカ先住民ヘッドスタート
	健康保険 - 子ども		予防接種		保育サービス
	健康保険 - 保護者		家族計画クリニック		訪問支援
	Medicaid プレミアム支払いプログラム		小児科健診		発達障害課 (DDD、早期介入サービス以外のサービス)
	フードスタンプ		特別な医療ケアを必要とする子どもプログラム		就学前教育 (プレスクール)
	経済的支援		プライマリケア - 保護者		その他の一般的なサービス:
	SSI		専門医 (循環器科、神経科など)		保護者から保護者への紹介 (P2P 紹介)
	保育補助金		EPSDT/Medicaid健康診断		ワシントン州父親支援ネットワーク (WSFN) の紹介
	TANF		歯科治療		
	その他の金融サービス:		インディアン医療サービス		
			その他の医療サービス:		
コメント (該当する場合は、上記サービスの担当者名、連絡先、資金提供元を記載してください)					

お子さまとご家族が必要としている、または利用を希望しているその他のサービスは何ですか？		
その他のサービス	提供者	ご家族がこれらのサービスを利用できるようにするための手順、または利用する資金源

VII. 自然環境の選定理由

子どもは、子どもや家族が普段参加している環境で自然に発生する学習の機会を通じて最も学習します。早期介入の支援とサービスは、同年齢の子どもにとって自然な、あるいは典型的な環境（すなわち自然環境）で提供されなければなりません。自然な環境では成果が得られないとチームが判断した場合は、その判断の理由と、サービスやサポートをできるだけ早く自然な環境に移行させるために何をするかを含め、正当な理由を提示しなければなりません。

成果 #	サービス/サポート	実施場所 (サービス/支援が提供される非自然環境 の場所)
成果が自然環境で達成できない理由の説明：		
サービスおよび/または支援を自然環境に移行するための計画：		

VIII. 個別家族支援計画 (IFSP)

早期介入サービス提供に関する事前書面通知および保護者の同意

事前書面通知：

対象となる子どもの保護者に対しては、子どもの識別、評価、配置、または子どもとその家族に対する適切な早期介入サービスの提供を開始または変更することを、プログラムが提案または拒否する妥当な時期までに、事前の書面による通知を行わなければなりません。

提案されている行動：

同意が提供されたIFSPに記載されたサービスを、サービスの概要に従って開始すること。

行動を取る理由：

家族の観察や懸念事項、優先事項、リソースを含むすべての評価情報を話し合った後、IFSPチームは家族を含め、目標達成のために提供される早期介入サービスおよびその他の支援について合意しました。

拒否された行動（該当する場合）：

拒否された理由（行動が拒否された場合）：

IFSP 署名ページ

同意：

☐ 私はこのIFSPの作成に参加し、ワシントン州の乳幼児早期支援プログラムおよびサービス提供者がこのIFSPに記載された活動を実施することに対して、十分な説明を受けた上で同意します。

同意とは、私が同意を求められている活動に関するすべての情報を、母国語またはその他のコミュニケーション手段で十分に説明され、理解した上でその活動の実施に書面で同意することを意味します。同意には、実施される活動の内容と、開示される記録（該当する場合）およびその記録が開示される相手が記載されています。また、同意の付与は任意であり、いつでも書面で撤回することができます。このような取り消しは遡及しません（同意を取り消す前の行為には適用されません）。

☐ 私は、早期介入サービス（家族リソース調整に関する規則で定められた手続き的な機能を除く）を受け入れることも拒否することもでき、最初に受け入れたサービスを後から拒否しても、ワシントン州乳幼児早期支援プログラムを通じて子どもや家族が受ける他の早期介入サービスには影響を及ぼさないことを理解しています。（注：該当する場合は、『一つ以上の早期介入サービスの辞退またはESITプログラムへの参加辞退に関するフォーム』に記入してください。）

☐ 私は、このIFSPの実施を担当する早期介入サービス提供者およびプログラム管理者の間で、私のIFSPが共有されることを理解しています。

☐ 私は、このIFSPとあわせて、ワシントン州乳幼児早期支援プログラムおよび障害者教育法（IDEA）パートCに基づく手続き上の保護（【保護者の権利】）のコピーを受け取りました。この情報には、後に何らかの決定に同意できないと判断した場合に利用できる苦情申立て手続きやその期限が含まれています。私はこれらの権利について説明を受け、理解しています。

☐ 私は、このIFSPとあわせて、ワシントン州乳幼児早期支援プログラム、支払いおよび料金制度に関する方針のコピーを受け取りました。この方針には、公的保険または民間保険への請求、料金の賦課、支払い能力または支払い能力の有無の決定に関する決定に同意できないと後から判断した場合に、私が利用できる手続き上の保護措置と紛争解決の選択肢が明記されています。私はこれらの権利について説明を受け、理解しています。

署名（※いずれか一つにチェック）：	☐ 保護者	☐ 法的保護者	☐ 代理親	日付
-------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	----

IFSP会議に出席した参加者：			
氏名および資格	役割／組織	署名	日付
以下の個人は会議に出席しませんが、電話会議または書面で会議に参加しました（どちらかを明記してください）：			
氏名および資格	役割／組織	電話会議／書面	

IX. 個別家族支援計画（IFSP）レビュー

IFSPは柔軟で流動的な文書であり、ご自身やお子さま、ご家族のニーズの変化に応じて更新することができます。IFSPのレビューは6ヶ月ごとに行う必要があり、IFSPに変更が必要な場合は追加でレビューを行うことができます。このページでは、各レビューでお子さまのIFSPに加えられた変更点をまとめます。

レビュー日： _____

レビュー結果の概要（例：成果に対する進捗状況や新たに設定された成果、家族の懸念・リソース・優先事項の変更、サービス提供の変更、次回レビューまでの計画など）。このレビューで記録されたサービスや成果に関する変更は、現在のIFSPの適切なセクションにも更新されなければなりません。

個別家族支援計画（IFSP）レビュー同意書

早期介入サービス提供に関する事前書面通知および保護者の同意

事前書面通知：

対象となる子どもの保護者に対しては、子どもの識別、評価、配置、または子どもとその家族に対する適切な早期介入サービスの提供を開始または変更することを、プログラムが提案または拒否する妥当な時期までに、事前の書面による通知を行わなければなりません。

提案されている行動：

同意が提供されたIFSPに記載されたサービスを、サービスの概要に従って開始すること。

行動を取る理由：

家族の観察や懸念事項、優先事項、リソースを含むすべての評価情報を話し合った後、IFSPチームは家族を含め、目標達成のために提供される早期介入サービスおよびその他の支援について合意しました。

拒否された行動（該当する場合）：

拒否された理由（行動が拒否された場合）：

IFSP 署名ページ

同意：

☐ 私はこのIFSPの作成に参加し、ワシントン州の乳幼児早期支援プログラムおよびサービス提供者がこのIFSPに記載された活動を実施することに対して、十分な説明を受けた上で同意します。

同意とは、私が同意を求められている活動に関するすべての情報を、母国語またはその他のコミュニケーション手段で十分に説明され、理解した上でその活動の実施に書面で同意することを意味します。同意には、実施される活動の内容と、開示される記録（該当する場合）およびその記録が開示される相手が記載されています。また、同意の付与は任意であり、いつでも書面で撤回することができます。このような取り消しは遡及しません（同意を取り消す前の行為には適用されません）。

☐ 私は、早期介入サービス（家族リソース調整に関する規則で定められた手続き的な機能を除く）を受け入れることも拒否することもでき、最初に受け入れたサービスを後から拒否しても、ワシントン州乳幼児早期支援プログラムを通じて子どもや家族が受ける他の早期介入サービスには影響を及ぼさないことを理解しています。（注：該当する場合は、『一つ以上の早期介入サービスの辞退またはESITプログラムへの参加辞退に関するフォーム』に記入してください。）

☐ 私は、このIFSPの実施を担当する早期介入サービス提供者およびプログラム管理者の間で、私のIFSPが共有されることを理解しています。

☐ 私は、このIFSPとあわせて、ワシントン州乳幼児早期支援プログラムおよび障害者教育法（IDEA）パートCに基づく手続き上の保護（【保護者の権利】）のコピーを受け取りました。この情報には、後に何らかの決定に同意できないと判断した場合に利用できる苦情申立て手続きやその期限が含まれています。私はこれらの権利について説明を受け、理解しています。

☐ 私は、このIFSPとあわせて、ワシントン州乳幼児早期支援プログラム、支払いおよび料金制度に関する方針のコピーを受け取りました。この方針には、公的保険または民間保険への請求、料金の賦課、支払い能力または支払い能力の有無の決定に関する決定に同意できないと後から判断した場合に、私が利用できる手続き上の保護措置と紛争解決の選択肢が明記されています。私はこれらの権利について説明を受け、理解しています。

署名（※いずれか一つにチェック）：	☐ 保護者	☐ 法的保護者	☐ 代理親	日付
-------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	----

IFSP会議に出席した参加者：			
氏名および資格	役割／組織	署名	日付
以下の個人は会議に出席しませんが、電話会議または書面で会議に参加しました（どちらかを明記してください）：			
氏名および資格	役割／組織	電話会議／書面	