

Уведомление и согласие на первоначальную оценку состояния/обследование

ЦЕЛЬ: Предоставить первоначальное письменное уведомление родителям о предлагаемом первоначальном обследовании/оценке состояния и получить согласие родителей на проведение предлагаемого первоначального обследования/оценки состояния.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА:	ДАТА РОЖДЕНИЯ	КООРДИНАТОР СЕМЕЙНЫХ РЕСУРСОВ
-------------------------------	----------------------	--------------------------------------

ОСНОВНАЯ ДЛЯ УВЕДОМЛЕНИЯ

Программа ESIT предоставит вам первоначальное письменное уведомление в разумные сроки до принятия мер в рамках обследования/оценки состояния. Необходимо, чтобы вы предоставили письменное согласие с учетом , полученной информации, поставив подпись ниже. Целью обследования и оценки состояния является получение информации о вашем ребенке от вас и от других лиц, которым вы предложите принять участие в мероприятиях/действиях; предоставление вашей семье дополнительную информацию о развитии вашего ребенка; идентификация и определение уникальных сильных сторон и потребностей вашего ребенка и типов обслуживания, которое может вам помочь удовлетворить эти потребности; определение наличия у ребенка прав на участие в программе ESIT; а также установление наличия у вашего ребенка прав на разработку, с вашего разрешения и при вашем участии, письменного Индивидуального плана семейного обслуживания (ИПСО). Ниже приведена ваша декларация в отношении уведомления.

«Согласие» означает: (1) Вы полностью и адекватным образом проинформированы в отношении всех мер и действий, требующих вашего согласия, на вашем родном языке (за исключением случаев, когда это невозможно) или в другом режиме обмена информацией, в частности, языком жестов, шрифтом Брайля или устно, в соответствующих обстоятельствах; (2) что вы понимаете и соглашаетесь в письменном виде не принимать мер/выполнение действий, требующих вашего согласия; (3) согласие приводит описание действий и перечень документов в отношении раннего вмешательства (при наличии таковых), информация которых будет раскрыта, а также получателей такой информации; и (4) ваше согласие является добровольным и может быть отозвано по письменному запросу в любое время. Отзываемое вами согласие не является ретроактивным (отзыв не относится к каким бы то ни было мерам или действиям, принятым/выполненным до отзыва согласия.)

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ/ДЕЙСТВИЯ

Обследование и оценка состояния будут проводиться по меньшей мере двумя квалифицированными лицами разных специализаций (или одним квалифицированным специалистом двух специализаций) в соответствии с политиками и процедурами программы ESIT. Ваше участие, в качестве участника программы, в мероприятиях по обследованию/оценке состояния вместе с командой настоятельно рекомендуется. Вам известны способности вашего ребенка, и вы можете предоставить важную информацию о нем. Обследование и оценка состояния - это комплексный анализ способностей вашего ребенка в когнитивной сфере, в сфере крупной и мелкой моторики, в направлении коммуникационного, социально-эмоционального и адаптивного развития, а также на уровне таких функций, как зрение и слух. Результаты обследования/оценки состояния покажут, насколько адекватно развивается ваш ребенок в указанных сферах и направлениях, а также поможет установить, имеет ли ваш ребенок право на обслуживание в программе ESIT.

ОПИСАНИЕ

Обследование/оценка состояния ребенка предусматривает множество различных процедур, в частности применение оборудования для обследования, регистрацию анамнеза ребенка, собеседование с родителями, сбор информации от других членов семьи, лиц, обеспечивающих уход, медицинских и прочих специалистов, а также контроль медицинской, образовательной и прочей документации. Предлагаемые процедуры обследования помогут определить уникальные сильные стороны и потребности вашего ребенка, а также услуги раннего вмешательства, которые ему необходимы. Обследование/оценка состояния **ВКЛЮЧАЕТ** в себя: контроль результатов первоначальной оценки; личные наблюдения за ребенком, идентификацию потребностей ребенка в каждой сфере/направлении развития в рамках применения формальных и неформальных процедур оценки. Поставщики услуг по программе ESIT проконсультируются с вами в отношении методов, используемых ими для обследования и оценки состояния. Обследование и оценка состояния будут проведены бесплатно для вас. Результаты будут храниться в документации в отношении раннего вмешательства вашего ребенка. Информация об обследовании/оценке состояния не будет передаваться кому бы то ни было/другим организациям вне программы ESIT без вашего письменного разрешения. Команда ИПСО определит наличие у вашего ребенка прав на обслуживание и предоставит вам предварительное письменное уведомление с информацией о ваших правах оспорить решение, принятое в этой связи.

ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ

Дата, когда ваш ребенок был направлен в программу ESIT.

Многопрофильная команда проведет обследование/анализ состояния вашего ребенка и определит наличие у него прав на обслуживание; с вашего согласия подготовка индивидуального плана семейного обслуживания (ИПСО) должна быть завершена в течение 45 календарных дней с даты направления вашего ребенка в программу. Если вашей семье необходимо дополнительное время сверх 45 дней, необходимо, чтобы вы сообщили об этом вашему координатору семейных услуг. ИПСО - это оформленный в письменном виде план, разработанный в сотрудничестве с вашей семьей и профессионалами с целью обеспечения удовлетворения потребностей вашего ребенка и семьи. Он может быть откорректирован в любое время. ИПСО составляется только в том случае, если ваш ребенок имеет право на соответствующие услуги.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И ДЕКЛАРАЦИЯ СОГЛАСИЯ

С настоящим уведомлением я получил(а) копию данных о моих правах и Процедурных гарантиях по части Part C закона об обучении лиц с инвалидностью (Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) Part C Procedural Safeguards) Программы ранней поддержки новорожденных и детей штата Вашингтон (Washington Early Support for Infants and Toddlers)

Инициалы
родителя

[Права родителей]. Эти права и процедурные гарантии разъяснены мне, и я заявляю об их понимании. Я понимаю, что мое согласие является добровольным, и что в любое время я могу отменить обследование/оценку состояния моего ребенка, даже после подписания настоящего документа. Я понимаю, что если я не дам согласие на проведение обследования/оценку состояния моего ребенка, мой ребенок не пройдет обследование/оценку состояния и не сможет получать услуги раннего вмешательства в рамках программы ESIT.

<input type="checkbox"/> Я даю	<input type="checkbox"/> Я не даю	согласие с учетом полученной информации на принятие программой ESIT мер, описанных выше
--------------------------------	-----------------------------------	---

ФАМИЛИЯ И ИМЯ РОДИТЕЛЯ, ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ	ДАТА
ПОЛУЧЕНО, ФАМИЛИЯ, ИМЯ/ДОЛЖНОСТЬ/ОРГАНИЗАЦИЯ	ДАТА

*Приложение: Процедурные гарантии по части Part C закона об обучении лиц с инвалидностью (Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) Part C Procedural Safeguards) [права родителей]
Программы ранней поддержки новорожденных и детей штата Вашингтон (Washington Early Support for Infants and Toddlers)*

Примечание: Родители получат копию формы; подписанная копия формы должна быть приложена к документации ребенка в отношении раннего вмешательства.