



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

**Программа услуг ранней помощи
младенцам и детям Форма проверки IFSP в
условиях COVID-19**
**Early Supports for Infants and Toddlers COVID-19 IFSP
Review Form**

(Для не более трех визитов в неестественном окружении)

- Форма проверки плана IFSP — это краткосрочная мера, призванная ускорить процесс проверки плана IFSP. FRC может выбрать обычный процесс проведения проверки плана IFSP в DMS.
- Более трех визитов в неестественном окружении (non-natural environments) обязательно влекут за собой выполнение полной проверки IFSP в DMS.
- Предварительное письменное извещение и Права родителей и Процессуальные гарантии должны быть предоставлены семье перед заполнением формы ускоренной проверки плана IFSP.
- Эта форма должна быть заполнена сотрудниками IFSP, подписана родителем/лицом, осуществляющим уход и загружена в досье ребенка в системе управления данными ESIT (ESIT Data Management System, DMS) перед первым визитом в неестественное окружение.
- Срок действия этой формы истекает на момент проведения следующей проверки IFSP или когда EIPA перейдет на Третий этап ESIT по возвращению к полному оказанию услуг.

Дата предоставления Предварительного письменного извещения И Прав родителей и Процессуальных гарантий семье:

Название учреждения:

Имя и фамилия Координатора ресурсов семьи (FRC):

Имя и фамилия ребенка:

Дата рождения ребенка:

Текущая дата плана IFSP:

Дата следующей проверки плана IFSP:

1. Выявлены результат (-ы) IFSP, требующие визита в неестественном окружении?
2. Объясните, почему результат (-ы) IFSP требуют визитов в неестественном окружении?
3. Укажите все варианты, которые команда сотрудников рассмотрела для оказания услуг в естественном окружении?
 Интернет Телефон Текстовое сообщение Электронная почта Почта
 На открытом воздухе Другое:
4. Где будет (-ут) проходить визит (-ы)?
5. Предоставьте план возвращения к постоянному оказанию услуг в естественном окружении:

Страница для подписания плана IFSP

Согласие:

Я принял (-а) участие в разработке этого плана IFSP и даю информированное согласие Программе услуг ранней помощи младенцам и детям штата Вашингтон (Washington Early Support for Infants and Toddlers program) и поставщикам услуг на выполнение мероприятий, перечисленных в этом плане IFSP. Согласие означает, что я был (-а) полностью проинформирован (-а) о мероприятиях, на проведение которых требуется согласие, на своем родном языке или в ходе иного способа коммуникации, что я понимаю и даю письменное согласие на выполнение действий, на которые требуется согласие, в согласии указаны действия и перечислены документы (если таковые предусмотрены), которые будут переданы другим лицам и организациям, а также названы эти лица и организации, кроме того, мое согласие является добровольным и может быть в любое время отозвано путем подачи заявления в письменной форме. Такая отмена не имеет обратной силы (не распространяется на какие бы то ни было действия, имевшие место до отмены согласия).

Я понимаю, что могу принять или отказаться от любой из услуг раннего вмешательства (за исключением процедурных функций, которые являются обязательными в соответствии с нормами для Координации ресурсов семьи) и могу отклонить такую услугу после того, как дам на нее согласие, и это не подвергнет риску другие услуги раннего вмешательства, которые мой ребенок или семья получает в рамках Программы услуг ранней помощи младенцам и детям штата Вашингтон (Washington Early Support for Infants and Toddlers program). (ПРИМЕЧАНИЕ: Заполните форму Отклонения одной или нескольких услуг раннего вмешательства (Declining One or More Early Intervention Services) или Отклонения участия в программе ESIT (Declining Participation in the ESIT Program), если это применимо).

Я понимаю, что мой план IFSP будет передан поставщикам услуг раннего вмешательства и администраторам программ, ответственных за реализацию плана IFSP.

Я получил (-а) копию Программы услуг ранней помощи младенцам и детям штата Вашингтон, Процедурные гарантии по Закону о предоставлении образования лицам, имеющим инвалидность (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), Раздел С [Права родителей] вместе с этим планом IFSP. Эта информация включает в себя сведения о процедурах и сроках подачи жалоб, если позднее я решу, что не согласен (-на) с какими бы то ни было решениями. Я получил (-а) разъяснение этих прав и понимаю его.

Я получил (-а) копию Программы услуг ранней помощи младенцам и детям штата Вашингтон, Политику системы платежей и сборов (System of Payments and Fees Policy) вместе с этим планом IFSP. В этой политике описаны процедурные гарантии и варианты разрешения споров, которые я могу использовать, если позднее решу, что не согласен (-на) с каким бы то ни было решением, которое относится к оплате государственной или частной страховки, наложению сборов и/или определению способности или неспособности производить оплату. Я получил (-а) разъяснение этих прав и понимаю его.

Подпись (выберите один вариант) Родителя Законного опекуна Суррогатного родителя

Подпись

Имя и фамилия печатными буквами

Дата

Сотрудники команды IFSP, которые приняли участие в этом совещании по проверке плана IFSP:

Фамилия и имя/профессиональная квалификация печатными буквами:	Подпись:	Должность/учреждение	Дата:	Приняли участие: Отметьте одно поле
				<input type="checkbox"/> По телеконференции <input type="checkbox"/> По телефону <input type="checkbox"/> В письменном виде
				<input type="checkbox"/> По телеконференции <input type="checkbox"/> По телефону <input type="checkbox"/> В письменном виде
				<input type="checkbox"/> По телеконференции <input type="checkbox"/> По телефону <input type="checkbox"/> В письменном виде
				<input type="checkbox"/> По телеконференции <input type="checkbox"/> По телефону <input type="checkbox"/> В письменном виде
				<input type="checkbox"/> По телеконференции <input type="checkbox"/> По телефону <input type="checkbox"/> В письменном виде

ARCHIVED