



第一部分

身份識別資料

兒童姓名：	出生日期：
兒童實際地址：	
緬因州護理中心編號：	個案-E ID #： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
轉診日期：	45 天時間線日期：
資格認定日期：	三周歲生日日期：
個別化家庭服務計畫日期：	預計復議日期：
本計畫是（選取相應的方框）：	實際復議日期：
<input type="checkbox"/> 個別化家庭服務中期計畫	預計年度會議日期：
<input type="checkbox"/> 個別化家庭服務初次計畫	過渡會議日期：
<input type="checkbox"/> 個別化家庭服務年度計畫	
<input type="checkbox"/> 多團隊評測	
<input type="checkbox"/> 修正案	
父母/監護人：	父母/監護人：
關係：	關係：
郵寄地址：	郵寄地址：
電話：	電話：
電子郵件：	電子郵件：
兒童發展服務點：	醫生：
個案經理：	地址：
電話：	電話：
電子郵件地址：	

我選擇不分享與我擔憂、優先事項和資源相關的資訊，以及/或者在個別化家庭服務計畫中納入本聲明。
我瞭解若我的孩子具備資格，即便我未填寫此部分，他/她亦能獲得服務。

父母首字
母簽名

日常生活、活動和地點

幼兒可透過日常生活，以及他們感興趣且經常參與的活動，實現最佳學習效果。讓服務團隊瞭解您的孩子經常在哪裡活動，將大有幫助，以便我們能夠一起為您的家庭規劃早期干預支援和服務。

家庭擔憂概述：（根據日常生活中的挑戰）

家庭優先事項：（根據上方列出的擔憂）

家庭擁有的，可滿足孩子需求的實力及資源：
（包括可為您提供幫助的家人、朋友、社群團體、經濟支援等等）

您的孩子經常處於的地點，以及陪伴孩子的人？

請告訴我們一些與您孩子及家庭日常生活和活動相關的情況。除您孩子的日常活動外，您可能願意介紹一些您時常做的，對孩子/家人重要的事情，如走親訪友，宗教或精神慶祝，社群和/或文化活動。

描述您孩子最喜歡的人、玩具、活動、日常生活和地方：

描述您孩子感到有挑戰或有難度的人、玩具、活動、日常生活和地方：

描述您的家庭現在或今後想開展，但想要一些幫助的活動。若對您而言，當前沒有這樣重要的事宜，則我們就寫「none（無）」。

除您已提供的資訊外，您還有任何想要告訴我們，以幫助我們與您一起規劃支援與服務，解決您孩子和家庭首要需要的事情嗎？

第三部分

現有能力和長處和短處

本個別化家庭服務計畫部分用於記錄在孩子評估期間收集的資訊。這些資訊將幫助我們了解您孩子的長處，一些對您孩子而言具有挑戰的事情，以及一些可能影響他/她參與家庭與社群活動方式的事情。這一表單所記錄的資訊應足以支持資格判定，並應在制定適合您孩子長處與短處的結果和策略計畫方面，對家庭和服務提供者來說應具實際意義。

兒童姓名：		出生日期：		
評估工具：		評估日期：		
評估團隊成員：				

總結：

A. 自理或適應技能（吃東西、穿衣服和上廁所）：	
長處：	
短處：	
B. 社交和情緒（對感受的表達和反應以及與他人互動）：	
長處：	
短處：	
C. 交流：表達性和接受性語言：	
長處：	
短處：	
D. 肢體：粗放和細微運動技能（用手及移動身體）：	
長處：	
短處：	
E. 認知技能（遊戲、思考、探索）：	
長處：	
短處：	
F. 相關健康狀況總結（包括視力和聽覺）：	

評估者姓名、證書、角色/機構、簽名和日期

正體姓名	證書	角色/機構	簽名	日期

第四部分

評估

本個別化家庭服務計畫部分用於記錄在孩子評估期間收集的資訊。這些資訊將幫助我們了解您孩子的長處，一些對您孩子而言具有挑戰的事情，以及一些可能影響他/她參與家庭與社群活動方式的事情。這一表單所記錄的資訊應足以支持資格判定，並應在制定適合您孩子長處與短處的結果和策略計畫方面，對家庭和服務提供者來說應具實際意義。

團隊總結			
發展領域	評估結果 (包括標準偏差和標準分)	採用方法/工具	評估日期
適應技能 (喂飯、吃飯、穿衣和睡覺)	標準分： 標準偏差：	巴特勒法 (Battelle) : <input type="checkbox"/> 貝利法 (Bayley) : <input type="checkbox"/> 其他 (請注明) :	
社交/情緒 (與他人互動)	標準分： 標準偏差：	巴特勒法 (Battelle) : <input type="checkbox"/> 貝利法 (Bayley) : <input type="checkbox"/> 其他 (請注明) :	
交流 - 表達性能力 (發聲、手勢和交談) - 接受性能力 (理解聲音、語言和手勢)	標準分： 標準偏差：	巴特勒法 (Battelle) : <input type="checkbox"/> 貝利法 (Bayley) : <input type="checkbox"/> 其他 (請注明) :	
肢體 - 粗放運動 (移動和使用大塊肌) - 細微運動 (使用手和手指)	標準分： 標準偏差：	巴特勒法 (Battelle) : <input type="checkbox"/> 貝利法 (Bayley) : <input type="checkbox"/> 其他 (請注明) :	
認知 (思考和學習)	標準分： 標準偏差：	巴特勒法 (Battelle) : <input type="checkbox"/> 貝利法 (Bayley) : <input type="checkbox"/> 其他 (請注明) :	

緬因州 C 部分早期干預服務的資格

由於兒童具有以下問題（選擇以下一項或多項並描述），因此他/她具備 C 部分服務資格：*

能力發展滯後

在五個能力發展領域中，至少有兩個領域滯後平均值至少 1.5 個標準偏差。

列出領域	
------	--

在五個能力發展領域中，至少有一個領域滯後平均值至少 2.0 個標準偏差。

列出領域	
------	--

知情臨床意見

解釋 **	
-------	--

可能導致能力發展滯後的已查明條件：

列舉此類條件	
--------	--

由於兒童不符合上述標準，他/她無資格接受 C 部分的服務。因此，本表單僅用作評估記錄之用。

***如果兒童被認定具有資格，則請填寫個別化家庭服務計畫封面頁，並附在本文件之前。**

**** 證明資訊必須在現有能力和長處和短處表單中得以體現。**

結果編號 (長期功能性目標)	結果聲明 (家庭希望透過早期干預支援與服務獲得怎樣的結果?)	
策略 (誰將在 哪些 日常生活、活動和地點做 什麼 ?)		
定期復議個別化家庭服務計畫： 必須至少每六個月復議一次個別化家庭服務計畫。在封面上注明各種修訂的日期。 若發生下列情況，則修改 兒童/家庭結果 頁和 支援與服務 頁： <ol style="list-style-type: none"> 1) 策略或服務需要變更或添加； 2) 某項結果將被修改；或者 3) 將添加一項新結果 		
結果復議日期：	狀態 (選取一項)	
描述進度：	<input type="checkbox"/> 結果已實現 <input type="checkbox"/> 繼續實現結果 <input type="checkbox"/> 修改結果 <input type="checkbox"/> 修改策略/服務	
自然環境 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (請塑造) 自然環境塑造 必須在對於同齡兒童而言自然或典型的場景 (如自然環境) 中提供支援與服務。 若作為團隊，我們斷定無法在自然環境中實現某一結果， 則我們需要說明我們如何做出此判定，並且我們將採取何等措施，以儘快使服務與支援進入自然環境。 場景 (將提供服務/支援的非自然環境場景)： 解釋為何無法在自然環境中實現結果： 使服務和/或支援進入自然環境的計畫：		
作為團隊，我們將於何時衡量結果進度？ (時間線)		
作為團隊，我們將如何衡量此結果的進度？ (過程) 結果進度的衡量方法：		
本團隊將於下列情況下認為我們已實現這一結果： (標準)		

結果編號 (長期功能性目標)	結果聲明 (家庭希望透過早期干預支援與服務獲得怎樣的結果?)	
策略 (誰將在 哪些 日常生活、活動和地點做 什麼 ?)		
定期復議個別化家庭服務計畫： 必須至少每六個月復議一次個別化家庭服務計畫。在封面上注明各種修訂的日期。 若發生下列情況，則修改 兒童/家庭結果 頁和 支援與服務 頁： <ol style="list-style-type: none"> 1) 策略或服務需要變更或添加； 2) 某項結果將被修改；或者 3) 將添加一項新結果 		
結果復議日期：	狀態 (選取一項) <input type="checkbox"/> 結果已實現 <input type="checkbox"/> 繼續實現結果 <input type="checkbox"/> 修改結果 <input type="checkbox"/> 修改策略/服務	
描述進度：	(此欄位已在上方表格中與狀態欄位合併)	
自然環境 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (請塑造) 自然環境塑造 必須在對於同齡兒童而言自然或典型的場景 (如自然環境) 中提供支援與服務。 若作為團隊，我們斷定無法在自然環境中實現某一結果， 則我們需要說明我們如何做出此判定，並且我們將採取何等措施，以儘快使服務與支援進入自然環境。 場景 (將提供服務/支援的非自然環境場景)： 解釋為何無法在自然環境中實現結果： 使服務和/或支援進入自然環境的計畫：		
作為團隊，我們將於何時衡量結果進度？ (時間線)		
作為團隊，我們將如何衡量此結果的進度？ (過程) 結果進度的衡量方法：		
本團隊將於下列情況中認為我們已實現這一結果： (標準)		

第七部分

過渡計畫

若您的孩子介於 2 歲 3 個月 (2.3) 和 2 歲 9 個月 (2.9) 之間，則需要進行規劃活動，以確定您的孩子是否在成長至 3 歲時，有資格獲取 B 部分學前特殊教育服務。過渡會議必須至少在您孩子 3 周歲生日前 90 天 (但不得超過 9 個月) 召開。

兒童 3 周歲生日日期：	過渡會議日期：
兒童過渡的優先事項和目標：	

過渡規劃的要求和活動	負責人角色	開始日期	完成日期
與家長討論從早期干預到 B 部分學前特殊教育服務的過渡意味著什麼。包括學前特殊教育的資格和年齡準則。			
復議兒童當前的機能水平及最近評估。若需評估才能判定兒童是否具備學前特殊教育服務的資格，則確定需要哪些評估。 <i>簽收父母評估同意函</i> _____			
經父母同意後，轉交資訊 (包括各類評估和評測及個別化家庭服務計畫)。 <i>給予同意日期</i> _____ <i>首字母簽名</i> ：_____			
若兒童不再具備早期干預服務的資格，則與父母討論其他可選的計畫方案 (包括學前特殊教育服務；啓蒙課程 (Head Start)；兒童看護和其他社群服務)。			
視情讓家長有機會與學前或其他社群計畫代表會面並獲取資料。			
安排過渡會議時間並邀請與會者。			
其他過渡規劃活動：			

第八部分

過渡會議

若您的孩子介於 2 歲 3 個月 (2.3) 和 2 歲 9 個月 (2.9) 之間，則需要進行規劃活動，以確定您的孩子是否在成長至 3 歲時，有資格獲取 B 部分學前特殊教育服務。過渡會議必須至少在您孩子 3 周歲生日前 90 天 (但不得超過 9 個月) 召開。

*用簽名頁來記錄團隊成員的出席/參與情況。

過渡會議日期：	
是否具備 B 部分學前特殊教育的資格？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
若是，則是否在過渡會議時制定了個別化教育計畫？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
若否，則已排定、用於制定個別化教育計畫的會議日期。 (不晚於兒童 3 周歲生日前 15 天)	日期：
是否獲得父母對兒童安置的許可？	<input type="checkbox"/> 是 (若為是，請注明日期) <input type="checkbox"/> 否

第九部分

實現結果所需的支援與服務

本頁將總結個別化家庭服務計畫團隊就實現所有結果所需之支援和服務做出的決定。服務提供方式在各個別化家庭服務計畫結果頁中記錄。

個別化家庭服務計畫支援和服務	所要推動之結果的編號	場景	方法	頻次	強度	合格且登記在案的服務提供者	資金來源	開始日期	結束日期

第十部分

其他服務

其他服務：

這些服務為您的孩子和家庭所需要，但不在 C 部分早期干預服務的涵蓋範圍內。其他服務可能包括醫療服務，如兒童健康檢查、基於醫療目的的專科醫生隨訪等。

服務	提供者	地點	資金來源或者確保獲得服務的步驟

第十一部分

個別化家庭服務計畫－簽名

以下人員參與制定了本個別化家庭服務計畫並且/或者將幫助實施本計畫。本表格還用於記錄過渡會議與會者的簽名。

注：個別化家庭服務計畫團隊應包括父母/監護人；個案經理；直接參與評估和評測的人員；家長要求與會的其他人員（家庭成員、朋友和支持者）以及為孩子和家庭提供服務的人員。

個別化家庭服務計畫初次會議 個別化家庭服務計畫定期復議會議 過渡會議

正體姓名 (包括角色/職業許可證/認 證)	簽名	日期	參與方式	機構/連絡資料	與會時間

除了上列團隊成員外，個別化家庭服務計畫還應寄送給 (獲得披露資訊的完全授權)
基本保健醫生：
其他：

第十二部分

早期干預 / C 部分服務父母 / 監護人同意函

- 我已經獲得本人權益的書面影本和口頭解釋，並且瞭解這些權益。
- 我全程參與了計畫的制定；並且
- 我就按以上書面項目開展本個別化家庭服務計畫 (IFSP) 提供知情同意函。(同意意味著我已經以我的母語 (除非使用我母語的可行性明顯不存在)，或其他溝通形式，被告知與徵求同意相關之活動的所有資訊；我理解並且以書面形式同意開展與徵求此項同意相關的活動；本同意函描述了這些活動；並且我出於自願授予此同意，並可隨時以書面形式撤回。)；或者
- 我不同意按上述書面項目開展個別化家庭服務計畫，但我同意開始下列服務：
- _____
- 我瞭解我的孩子有資格獲取個別化家庭服務計畫所列的全部服務。我完全瞭解所提供個別化家庭服務計畫服務的性質，以及我必須提供書面同意，才能獲得這些服務。我瞭解拒絕一項或多項服務不會危及我孩子或家庭透過兒童發展服務 (CDS) 獲取其他早期干預服務。我瞭解我可以改變主意；若是如此，我將致電我的個案經理。
- 我瞭解我孩子的個別化家庭服務計畫會在為我的孩子和家庭提供服務、並且實施該計畫的兒童發展服務提供者之間分享。

父母/監護人簽名：_____

日期：_____

兒童姓名：

出生日期：

財力資源：可用於支援本計畫中指定服務的資源。

	您是否有？	您是否授權使用	數量	
緬因州護理中心	<input type="checkbox"/> 待定 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			數量	限制
保險	<input type="checkbox"/> 待定 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	請在下方填寫	
公司名稱：				
持保人名稱：				
持保人社保號：				
保單號：				
團體保單號：				

為使我孩子接受服務，我有權使用第三方資金。關於這一權益，我已經得到了書面形式的解釋。

父母/監護人簽名

_____/_____/_____
日期

早期干預認證簽名

_____/_____/_____
日期

兒童發展服務點：

基本保健醫生核准

兒童姓名：	
出生日期：	
當前個別化家庭服務計畫日期：	
是否為定期復議？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
定期復議日期：	
醫生：	

我已閱讀針對該兒童的個別化家庭服務計畫/定期復議。

我批准此計畫

我否決此計畫

基本保健醫生簽名

日期

緬因州護理中心要求該兒童的基本保健醫生批准此個別化家庭服務計畫

評論：

--

請簽署並將此頁返還給兒童發展服務中心。

請注意，隨附計畫供您留存。

謝謝。