

پلان خدمات هماهنگ شده (CSP)



اداره خدمات بشری و اداره تعلیم و تربیه



تجدید نظر شده شد جنوری 2022

نکته مهم: این پروسه CSP به خانواده ها حق هماهنگی خدمات را می دهد، نه برای خدمات خاص. تصویب برای خدمات خاص و / یا جایگذاری به عهده اداره یا سازمان های مناسب مسؤل است. در اجرای اجزای این پلان، پروسه های تصویبی تعیین شده باید پیگیری شود.

جدول مطالب

3	راهنمایی پلان خدمات هماهنگ شده
3	پلان خدمات هماهنگ شده چیست؟
5	رضایت برای تعیین واجد شرایط بودن و برنامه ریزی خدمات هماهنگ شده
6	رضایت برای انتشار معلومات
7	I. معلومات فامیلی طفل / نوجوانان
9	I. دلیل ارجاع
9	II. تسهیل کننده (های) جلسه
9	III. شرکت کنندگان در تیم CSP
10	IV. ارتباطات اجتماعی: چه کسی برای من و خانواده ام مهم است؟
11	V. عوامل و نیازهای انعطاف پذیری: چه چیزی در مورد من (طفل / نوجوانان) و فامیل من مهم است که باید بدانید؟
12	VI. نگرانی های رفتاری
12	VII. وضعیت تحصیلی طفل و نوجوانان
13	VIII. پشتیبانی و خدمات برای طفل و فامیل
15	IX. پلان پیشگیرانه در وقت بحران
15	X. پیگیری و مراحل بعدی
16	روند استیناف
17	انتشار معلومات برای بررسی تیم بین اداره از پلان خدمات هماهنگ شده
18	ارجاع به کمیته بررسی دوسیه
18	سوالات در باره ارجاع مسکونی

راهنمای پلان خدمات هماهنگ شده

برای استفاده توسط تیم و تسهیل کننده.

برای راهنمایی بیشتر در باره CSP ها، لطفاً به راهنمای تسهیل کننده که در آدرس زیر قابل مشاهده است مراجعه کنید:

<https://ifs.vermont.gov/docs/sit>



پلان خدمات هماهنگ شده چیست؟

پلان خدمات هماهنگ شده یک پلان کتبی است که توسط یک تیم برای یک طفل/ نوجوانان که نیاز به خدمات از بیش از یک اداره دارد، تدوین شده است. این برنامه برای رفع نیازهای طفل در فامیل یا در مکانی خارج از خانه و در مکتب و جامعه برنامه ریزی شده است. (برگرفته شده از قانون 264 زبان قانونی)

در سال 2005، یک توافقنامه بین اداری اضافی ایجاد شد که قانون 264 را گسترش داد. در این توافقنامه آمده است که "اطفال و جوانان واجد شرایط حق دریافت یک پلان خدمات هماهنگ شده توسعه یافته توسط یک تیم هماهنگی خدمات بشمول نمایندگان تعلیم و تربیه، بخش های مناسب اداره خدمات بشری، والدین یا سرپرستان، و حمایت های طبیعی متصل به خانواده را دارند." پلان خدمات هماهنگ شده شامل پلان های تدریس فردی (IEP) و همچنین برنامه های معالجه خدمات بشری یا برنامه های فردی حمایتی و سازماندهی شده است تا اطمینان دهد که همه قطعات در جهت اهداف سازگار کار می کنند، پیشرفت نظارت می شود، و منابع به طور موثر مورد استفاده قرار می گیرند.

چک لیست CSP برای تسهیل کننده (ها)

I. چه چیزی برای سی اس پی مورد نیاز است؟

- رضایت نامه امضای والدین/سرپرست برای تعیین واجد شرایط بودن
- از والدین/سرپرست بخواهید فورم انتشار معلومات را امضا کنند
- تشریح کنید که نماینده والدین کیست و بپرسید که آیا والدین علاقه مند است که یک نماینده داشته باشند که از منطقه شما پشتیبانی می کند یا خیر
- تمام بخش های CSP را تا بخش تکمیلی برای ارجاعات مسکونی پر کنید
- در پایان جلسه یا به موقع یک نسخه از CSP را به خانواده ارائه کنید
- روند تجدید نظر را به خانواده ارائه بدهید

II. چه چیزی برای ارجاع به تیم بین اداره محلی مورد نیاز است؟

- برای تعیین واجد شرایط بودن، رضایت امضا شده والدین/سرپرست را ارسال کنید
- فورم امضا شده والدین/سرپرست را برای بررسی تیم بین سازمانی ارسال کنید
- تشریح کنید که نماینده والدین کیست و بپرسید که آیا والدین علاقه مند است که یک نماینده داشته باشند که از منطقه شما پشتیبانی می کند یا خیر
- اطمینان حاصل کنید که افراد کلیدی LIT در جلسه حضور داشته باشند و مطمئن شوید که تعداد شان آنقدر زیاد نباشد که برای فامیل مشکل شود
- یک CSP که در یک جلسه تیمی تکمیل شد

III. چه چیزی برای ارجاع به کمیته بررسی دوسیه مورد نیاز است؟

- فورم امضا شده والدین/سرپرست را برای تعیین واجد شرایط بودن، ارسال کنید
- فورم معلوماتی امضا شده والدین/سرپرست را برای بررسی تیم بین سازمانی ارسال کنید
- اسناد اختیار تصمیم گیری صحی و تعلیمی -- برای اطفال/نوجوانانی که تحت حضانت DCF نیستند این بسته باید شامل اسنادی باشد که چه کسی صلاحیت تصمیم گیری صحی و تعلیمی را دارد. این کار می تواند از طریق امضای CSP یا مستندات تنها مرجع تصمیم گیرنده از حکم های حضانت، توافق نامه های طلاق، یا حکم فرزندخواندگی، ارائه شود.
- نامه مقدماتی برای نماینده CRC با خلاصه ای جامع از وضعیت (چه چیزهای کارآمد بوده و چی نبوده)، خدمات ارائه شده، و اهداف و اینکه انتظارات تیم ها از سطح بالاتر رفتاری چیست
- توضیح دهید که نماینده والدین کیست و بپرسید که آیا والدین علاقه مند هستند که از کسی که منطقه آنها را پشتیبانی می کند با آنها تماس بگیرند
- CSP و بخش تکمیلی را برای ارجاعات مسکونی ارسال کنید
- صفحه امضای ارجاع مسکونی
- ارزیابی CANS که در 3 ماه گذشته تکمیل شده (ورقه کامل نمرات مورد نیاز است)
- ارزیابی ها و بررسی های مانند روحی یا روانی
- IEP فعلی، 504 یا پلان EST اگر قابل اجرا باشد
- سوابق صحی مربوطه، از جمله لیست دوا
- خلاصه اخراج از جایگذاری قبلی
- اگر در حضانت DCF هستید، آخرین تغییر جای، پلان دوسیه و واجد شرایط بودن (IV-E (DCF 201R
- نسخه ای از کارت صحی یا شماره طبی
- اسناد و اسناد بیمه خصوصی مبنی بر اینکه تداوی مسکونی مشمول پوشش بیمه ای آنها نمی باشد.
- اداری را که به CRC ارجاع می دهد، شناسایی کنید

IV. چه چیزی برای ارجاع به تیم بین ادارهی ایالتی مورد نیاز است؟

- رضایت نامه امضا شده توسط والدین/ سرپرست برای تعیین واجد شرایط بودن
- انتشار معلومات امضا شده توسط والدین/ سرپرست برای بررسی تیم بین سازمانی
- توضیح دهید که نماینده والدین چیست و بپرسید که آیا والدین علاقه مند به شنیدن صحبت های نماینده والدینی هستند که عضو SIT هستند یا خیر
- راهنمای خانواده SIT را در اختیار والدین/سرپرست قرار بدهید
- نامه پوششی برای هماهنگ کننده SIT با خلاصه ای از وضعیت و اینکه تیم بین سازمانی محلی میخواهد که SIT به چه سوالاتی پاسخ دهد
- تکمیل CSP تا بخش مکمل بسته CSP

رضایت برای تعیین واجد شرایط بودن و برنامه ریزی خدمات هماهنگ شده

نام طفل/ نوجوانان	تسهیل کننده
-------------------	-------------

برنامه خدمات هماهنگ (CSP) پروسه است که مجموعه ای از مراحل را پیگیری می کند تا به اطفال و نوجوانان کمک کند تا امیدها و اهداف خود را تحقق بخشند. افرادی از زندگی طفل یا نوجوان به عنوان یک تیم برای ایجاد یک پلانی کار می کنند که خدمات و حمایت های مورد نیاز را جمع آوری می کند. من درک می کنم که به عنوان یک پدر و مادر من عضو تیم CSP هستم.

اگر فرزند من واجد شرایط برای CSP است، من رضایت خود را برای شروع پروسه تعیین واجد شرایط بودن میدهم. اغلب واجد شرایط بودن بخشی از جلسه اولیه CSP است، وقتی که معلومات در مورد نحوه شامل شدن اداره ها یا بخش های خاص با طفل/ نوجوان جمع آوری و بررسی می شود.

اگر فرزندم واجد شرایط باشد، من برای تیم CSP رضایت میدهم تا یک پلان خدمات هماهنگ شده را توسعه دهد. من درک می کنم که:

- من همچنین باید رضایت نامه ای را برای انتشار فورم معلومات امضا کنم. رضایت برای انتشار معلومات اجازه خواهد داد که تسهیل کننده معلومات فرزند من را با تیم CSP به اشتراک بگذارد.
- تسهیل کننده ظرف 30 روز پس از دریافت این فورم امضا شده و رضایت نامه امضا شده برای انتشار معلومات به من اطلاع می دهد که آیا فرزندم واجد شرایط است یا خیر.
- سوابقی که تسهیل کننده در طول پروسه برنامه ریزی خدمات هماهنگ شده جمع آوری می کند محرمانه میباشد. تسهیل کننده این سوابق را بدون دریافت رضایت کتبی من با دیگران به اشتراک نخواهد گذاشت مگر اینکه قانون بگوید که باید به اشتراک گذاشته شود.
- من می توانم با نوشتن یک نامه به تسهیل کننده، این سوابق را ببینم یا یک کپی از آنها را دریافت کنم.
- یک کپی از این فورم رضایت بعد از امضای آن به من داده خواهد شد.
- اگر من رضایت خود را نمی دهم تسهیل کننده نمی تواند تثبیت کند که آیا فرزند من واجد شرایط برای CSP است و یک CSP نمی تواند توسعه یابد.
- اگر رضایت خود را ندهم، مزایا و خدمات فعلی فرزندم تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت.

نام به حروف درشت	امضا	تاریخ
والدین / سرپرست		
شاهد		
والدین جانشین آموزشی (اگر قابل اجرا باشد)		

رضایت برای انتشار معلومات

نام طفل/ نوجوانان	تسهیل کننده
-------------------	-------------

من با به اشتراک گذاشتن معلومات مربوط به فرزندم با تیم برنامه ریزی خدمات هماهنگ شده (تیم CSP) موافقت می کنم. من درک می کنم که به عنوان یک پدر و مادر من عضو تیم CSP هستم.
من درک می کنم که:

- معلومات فرزند من شامل سوابق آموزشی، روانی، تاریخ اجتماعی، ارزیابی های طبی، و خدمات داده شده به فرزند من است.
- معلومات فرزند من با تیم CSP و ارائه دهنده مراقبت های اولیه فرزندم به اشتراک گذاشته خواهد شد، تا تیم بتواند تعیین کند که آیا فرزند من واجد شرایط CSP است یا خیر و اگر واجد شرایط است، یک CSP برای فرزندم تهیه و اجرا کنند.
- من می توانم با نوشتن نامه ای به تسهیل کننده، یک نسخه از معلومات مربوط به فرزندم را که با تیم CSP به اشتراک گذاشته شده است، ببینم یا دریافت کنم.
- تیم CSP می داند که معلومات فرزند من محرمانه است. این تیم بدون دریافت رضایت نامه کتبی من معلومات مربوط به فرزند من را با دیگران به اشتراک نمی گذارد، مگر اینکه قانون بگوید که باید به اشتراک گذاشته شود.
- من می توانم رضایت خود را در هر زمان با نوشتن نامه ای به تسهیل کننده از بین ببرم، به جز زمانی که تیم CSP قبلاً از معلومات استفاده کرده باشد.
- اگر من رضایت خود را ارائه ندهم، تیم CSP نمی تواند تعیین کند که آیا فرزند من واجد شرایط CSP است و فرزند من CSP دریافت نخواهد کرد.
- اگر رضایت خود را ندهم، مزایا و خدمات فعلی فرزندم تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت.
- یک کاپی از این فرم رضایت بعد از امضای آن به من داده خواهد شد.
- معلومات عمومی در مورد مفید بودن پروسه برنامه ریزی خدمات هماهنگ شده توسط تیم بین اداره ایالتی جمع آوری شده است. معلومات CSP فرزند من ممکن است در این تلاش استفاده شود، اما معلومات در مورد فرزند و خانواده من شناسایی نخواهد شد.

این فرم رضایت یک سال پس از تاریخی که من آن را امضا می کنم منقضی می شود.

<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نخیر	<p>من می خواهم قبل از جلسه پلان خدمات هماهنگ شده با نماینده والدین تیم بین سازمانی محلی خود صحبت کنم.</p> <p>برای کسب معلومات بیشتر در مورد قانون 264 و برنامه ریزی خدمات هماهنگ شده شما می توانید به www.act264.vt.gov مراجعه کنید</p>
---	--

نام به حروف درشت	امضا	تاریخ
والدین / سرپرست		
شاهد		
والدین جانشین آموزشی (اگر قابل اجرا باشد)		

بخش ۱ باید قبل از CSP با خانواده پر شود

۱. معلومات فامیلی طفل / نوجوانان

جنسیت اختصاص داده شده در تولد: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن هویت جنسیتی (اختیاری):	نام طفل/ نوجوانان:
کدام یک از اینها طفل/ نوجوانی را که <u>توسط خانواده شناسایی شده است توصیف می کند</u> (تمام موارد قابل اجرا را علامت بزنید): <input type="checkbox"/> آبنای <input type="checkbox"/> بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/> خاورمیانه یا شمال آفریقا <input type="checkbox"/> بومی هاوایی یا سایر جزایر اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> اسپانیایی، لاتین، یا اسپانیایی <input type="checkbox"/> سفید پوست <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> گزارش نشده / انتخاب میکنم جواب ندهم	تاریخ تولد: سن: نام (های) افرادی که حضانت این طفل/ نوجوانان را دارد: همچنین، فهرست اسنادی را ببینید که نیاز به صدور حکم حضانت دارد و مشخص می کند چه کسی اختیار تصمیم گیری (حضانت فیزیکی و/یا تصمیم گیری صحیح) را دارد.
آدرس فیزیکی: آدرس پستی: تلفون: ایمیل:	نام پدر و مادر:
آدرس فیزیکی: <input type="checkbox"/> مانند بالا آدرس پستی: تلفون: ایمیل:	نام پدر و مادر:
آدرس: تلفون:	سرپرست قانونی (اگر قابل اجرا باشد)
آدرس: تلفون:	والدین جانشین آموزشی (اگر قابل اجرا باشد):
نام (ها) و معلومات تماس با مراقب فعلی (اگر از آدرس بالا متفاوت باشد):	
اگر با DCF درگیر است، لطفاً بخش E را پر کنید.	

A. صحت رفتاری و روانی

تشخیص 5-DSM	کد ICD	تاریخ	ارائه شده توسط
1			
2			
3			
4			

لیست دوا های که در حال حاضر مصرف می شوند:

B. ب. معلومات صبحی

داکتر مراقبت های اولیه:

مسئله صبحی یا تشخیصی	تاریخ	ارائه دهنده
1		
2		
3		

لیست دوا های که در حال حاضر مصرف می شوند:

آیا این طفل/ نوجوان واجد شرایط دریافت خدمات ناتوانی رشدی است؟ واجد شرایط است: خدمات دریافت می کند
 واجد شرایط است: خدمات مؤخر است پروسه ارزیابی تجزیه و تحلیل شد؛ واجد شرایط شناخته شد باید ارجاع شود
 اگر بلی، سال واجد شرایط بودن: _____ اداره تعیین شده ای که تصمیم گرفته است: _____

C. بیمه صبحی

آیا طفل/ نوجوانان بیمه معالجوی دارد؟ نخیر بلی
 شما - مدیکید: شخص ثالث / تجاری - حامل و شماره:

D. وضعیت فرزندخواندگی

آیا طفل/ نوجوانان فرزند بود؟ بلی نخیر متأخر است
 وقتی که فرزند گرفتید، طفل چندساله بود؟ _____

E. دخالت DCF

پر کردن همه که قابل اجرا هستند.

آیا طفل/ نوجوانان در حضانت DCF است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا حکم حضانت مشروط فعلی وجود دارد؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر اگر چنین است، به چه کسی؟
آیا یک کیس باز خانواده با DCF وجود دارد؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
کارمند اجتماعی DCF	
آیا نوجوان در حال بررسی است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا نوجوان در وضعیت مجرم جوان است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
افسر آزمایشی متخصص جوانان بزرگسال از طریق اداره اصلاح و تربیت	
نگهبان Ad Litem	

معلوماتی که باید در جلسه CSP پر شود

I. دلیل ارجاع

دلیل ارجاع چیست؟		
CSP:	تاریخ:	تاریخ جلسه بعدی:
LIT: (اگر قابل اجرا باشد)	تاریخ:	
CRC: (اگر قابل اجرا باشد)	تاریخ:	
SIT: (اگر قابل اجرا باشد)	تاریخ:	

II. تسهیل کننده (های) جلسه

اداره: آدرس: شماره تلفون: ایمیل:	نام تسهیل کننده (های) CSP
اداره: آدرس: شماره تلفون: ایمیل:	نام هماهنگ کننده LIT

III. شرکت کنندگان در تیم CSP

برای پیگیری جلسات-لطفاً اگر شرکت کردید امضا کنید	امضا و ارتباط با طفل / نوجوانان	نام (لطفاً به حروف درشت بنویسید)

IV. ارتباطات اجتماعی: چه کسی برای من و خانواده ام مهم است؟

افرادی که برای من و خانواده ام مهم یا مفید هستند (به عنوان مثال، خانواده، خویشاوند، دوستان، همسایگان، مردم از محل عبادت، سازمان های اجتماعی، مکتب، مراقبت از اطفال، دیگر ارائه دهندگان خدمات، ارائه دهندگان مراقبت های صحتی.)
این معلومات می تواند به عنوان یک ژنوگرام اساسی یا نقشه محیط زندگی ارائه شود، اما لازم نیست که به این صورت ارائه شود. برای کسب معلومات بیشتر در مورد نحوه انجام ژنوگرام و نقشه های زیست محیطی می توانید به آدرس زیر مراجعه کنید:
<https://www.smartdraw.com/ecomap/> یا http://stanfield.pbworks.com/f/explaining_genograms.pdf
اگر طفل/ نوجوان در CSP حاضر نباشد، مطمئن شوید که نظرات آنها را در مورد اینکه چه کسی مهم است و چه کسی شامل اعضای تیم (ورزش، کلب، گروه های مدنی)، معلمان، مربیان، همسالان، مربیان است، دریافت کنید.

چگونه می توانم به عنوان مراقب، ترجیح بدهم حمایت دریافت کنم؟

(یعنی آیا ترجیح می دهم مطالب نوشته شده را ببینم، در مورد آن بشنوم، در مورد آن صحبت کنم، با کسی ملاقات کنم که چالش های مشابهی دارد، به مترجم ضرورت دارم، زیرا من یک زبان آموز انگلیسی هستم، به امکاناتی برای مشکلات بینایی یا شنوایی نیاز دارم؟)

V. عوامل و نیازهای انعطاف پذیری: چه چیزی در مورد من (طفل/ نوجوانان) و فامیل من مهم است که باید بدانید؟

	<p>1. امیدها و اهداف برای من (طفل/ نوجوانان) و برای خانواده ام (اهداف آنها به عنوان طفل/ نوجوانان مربوط) چیست؟</p>
	<p>2. نقاط قوت، علایق و منابع من (طفل/ نوجوان) و خانواده ام که می تواند به حمایت از امیدها و اهداف کمک کند چیست؟</p>
	<p>3. نیازها، چالش‌ها، نگرانی‌ها و اولویت‌های من (طفل/ نوجوان) چیست که باید برای رسیدن به اهدافم در نظر گرفته شود؟ <i>(استفاده از برنامه های موجود و ارزیابی و همچنین تجربه فعلی برای شناسایی اینها.)</i></p>

VI. نگرانی های رفتاری

لطفاً چک لیست زیر را در صورت مرتبط بودن، بر اساس دلایل برگزار شدن CSP تکمیل کنید. اگر ارجاع از طریق بخش صحت روانی است، آخرین خلاصه نیازها و قوت های طفل و نوجوان (CANS) که نشاندهنده نیازها و نقاط قوت را پیوست کنید.

تمام جعبه های فهرست شده در زیر را علامت بزنید که در آن طفل/ نوجوان در مقایسه با سایرین در گروه سنی خود به میزان مشخصی این رفتار را نشان داده است.

هیچ یک از موارد زیر قابل اجرا نیست <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> نظریات اشتباه / عجیب و غریب	<input type="checkbox"/> عجلانه	<input type="checkbox"/> غم و اندوه شدید
<input type="checkbox"/> رفتار نامناسب	<input type="checkbox"/> فرار می کند	<input type="checkbox"/> اضطراب (می تواند شامل رفتار های وسواسی/ اجباری باشد)
<input type="checkbox"/> واکنش های عاطفی مشکل ساز	<input type="checkbox"/> چالش های حسی	<input type="checkbox"/> مصرف مواد مخدر
<input type="checkbox"/> اجتناب از تماس اجتماعی و / یا جدا شدن از اجتماع	<input type="checkbox"/> آتش سوزی یا آتش بازی	<input type="checkbox"/> شکایت های فیزیکی (سوماتیک) با علت ناشناخته طبی
<input type="checkbox"/> بیش فعالی	<input type="checkbox"/> امتناع از پذیرش محدودیت	<input type="checkbox"/> مسائل روده و مثانه (شب ادراری/ انکوپریزیس)
<input type="checkbox"/> پرخاشگری کلامی	<input type="checkbox"/> رفتار خود آزاری	<input type="checkbox"/> نرفتن مداوم به مکتب
<input type="checkbox"/> پرخاش با مردم	<input type="checkbox"/> افکار خودکشی	<input type="checkbox"/> تعلیق/ اخراج از مکتب
<input type="checkbox"/> تجاوز به اموال	<input type="checkbox"/> رفتار خودکشی	<input type="checkbox"/> حرکات بدنی یا کلامی
<input type="checkbox"/> رفتار مشکل ساز جنسی	<input type="checkbox"/> سرقت	<input type="checkbox"/> اختلال جدی خواب
<input type="checkbox"/> خروج شدید از خانواده	<input type="checkbox"/> ظلم و ستم به حیوانات	<input type="checkbox"/> مشکلات با قانون
<input type="checkbox"/> وابستگی شدید به خانواده	<input type="checkbox"/> اختلال خوردن	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> چالش های سازگاری به تروما	<input type="checkbox"/> رفتار تهدید آمیز شامل سلاح	
لطفاً نگرانی های رفتاری فوق و تنظیماتی که در آن رخ می دهد را گسترش دهید:		

VII. وضعیت تحصیلی طفل و نوجوانان

حاضری در مکتب*:		شهری که در آن پدر و مادر زندگی می کنند:
اتحادیه نظارت/ منطقه:		
* اگر طفل/ نوجوانان در خانه تحصیل کرده است، آنرا تحت مکتب رفتگی علامت بزنید		
درجه:	تماس مکتب (نام و نقش):	تلیفون:

A. وضعیت تعلیم و تربیه ویژه

<input type="checkbox"/> واجد شرایط؛ در IEP	<input type="checkbox"/> ارزیابی در پروسه	<input type="checkbox"/> نیاز به مراجعه
<input type="checkbox"/> واجد شرایط؛ در IEP در تاخیر	<input type="checkbox"/> ارزیابی شد؛ واجد شرایط شناخته نشد	
ابتدائیه	متوسطه	دیگر
ناتوانی:		
اگر 16 ساله یا بزرگ تر باشد، آیا پلان انتقال در IEP گنجانده شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		

مدیر تعلیم و تربیه ویژه:	تلیفون:
لطفاً هر چیزی قابل توجه در مورد عملکرد شناختی یا سازگاری را تشریح کنید:	

B. وضعیت بخش EST/504

<input type="checkbox"/> پلان 504	<input type="checkbox"/> نیاز مراجعه به هماهنگ کننده 504:	تلیفون:
<input type="checkbox"/> پلان EST	<input type="checkbox"/> نیاز به مراجعه به هماهنگ کننده EST:	تلیفون:

D. جایگذاری تعلیمی: جعبه های را بررسی کنید تا نشان دهنده جایگذاری های آموزشی قبلی، فعلی و پیشنهادی باشد.

پیشنهاد شده	فعلی	قبلی	نوع جایگذاری (تمام موارد قابل اجرا را علامت بزنید)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صنف تدریس عمومی یا مراقبت و یادگیری ابتدایی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صنف تدریس عمومی + حمایت در صنف و / یا مسکن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صنف درسی تدریس عمومی + تدریس تخصصی و / یا پشتیبانی های دیگر در خارج از صنف درس (ممکن است شامل مکتب مبتنی بر اوایل دوران طفولیت تعلیم و تربیه ویژه، Headstart باشد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صنف درس جداگانه / جایگزین برنامه LEA (ممکن است در داخل یا خارج میدان های مکتب باشد)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برنامه رفتاری مستقل مکتب/روز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تدریس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مکتب مسکونی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آموزش در خانه یا بستری در شفاخانه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مطالعه خانگی ("تحصیل در خانه")
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	به مکتب نمیروید - سند توسعه آموزشی عمومی (GED) را دریافت کرده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	در مکتب نیست - ترک تحصیل / تعلیق / اخراج شده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیگر (تشریح کنید):
لطفاً پیشنهاد جایگذاری تعلیمی را توصیف کنید (این ممکن است مشروط به تصمیم تیم IEP باشد):			

VIII. پشتیبانی و خدمات برای طفل و فامیل

این معلومات مخصوص نیازهای طفل است که خانواده بطور اختیاری بخواهد ارائه بدهد. این لیست به منظور ایجاد نظریات در مورد پشتیبانی و خدمات است که ممکن است مفید باشد. این به معنای فراگیری همه جانبه و یا به منظور محدود کردن تفکر خلاق و فردی نیست.

خدمات	اداره ارائه و یا اداره پیشنهاد شده برای ارائه	قبلی	فعلی	پیشنهاد شده و تا چی وقت
برنامه مراقبت از اطفال / پس از مکتب		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مربیگری		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ارزیابی: <input type="checkbox"/> روانشناسی <input type="checkbox"/> طب <input type="checkbox"/> عصبی <input type="checkbox"/> استفاده از مواد مخدر <input type="checkbox"/> دیگر		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

خدمات	اداره ارائه و یا اداره پیشنهاد شده برای ارائه	قبلی	فعلی	پیشنهاد شده و تا چه وقت
حمایت از رفتار		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مدیریت دوسیه / هماهنگی خدمات		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مهلت <input type="checkbox"/> ساعتی <input type="checkbox"/> طی یک شب		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
داکتر مکتب		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مشاوره: <input type="checkbox"/> فامیل <input type="checkbox"/> فرد <input type="checkbox"/> گروه		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خدمات فشرده مبتنی بر خانواده		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حمایت والدین در خانه		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دوا		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
کار مهارت های اجتماعی		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تداوی مصرف مواد مخدر (برای جوانان)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خدمات حرفه ای / استخدامی		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صفحه اصلی و خدمات مبتنی بر جامعه / خدمات توسعه ای ("طرفنظر")		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خدمات مراقبت شخصی اطفال		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خدمات نرس با تکنولوژی بالا		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حمایت و/یا حمایت پس از اقامت دائم (کمک برای فرزندخواندگی یا سرپرستی)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
پلان ریزی محافظت خانواده/ کنفرانس گروه خانواده		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مزایای SSI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ترانسپورت		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خدمات برای رسیدگی به خشونت خانوادگی		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دیگر (تشریح کنید):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دیگر (تشریح کنید):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دیگر (تشریح کنید):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دیگر (تشریح کنید):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دیگر (تشریح کنید):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX. پلان پیشگیرانه در وقت بحران

اگر طفل یا نوجوان از نظر صحت ضعیف است، تا به حال در یک محیط روانشناسی در شفاخانه بستری شده است، یا رفتارهای پرخطر یا غیر محفوظ از خود نشان می دهد، به تیم ها اکیداً تشویق می شود که یک پلان پیشگیرانه برای بحران ایجاد کنند. می توانید طرح پلان توافق شده موجود یا اسناد پلان محافظتی را که به نیازهای محیطها پاسخ می دهد، پیوست کنید.

1. پلان بحران مورد نیاز است بله <input type="checkbox"/> اگر بلی، به سوالات 2 تا 8 در زیر پاسخ بدهید <input type="checkbox"/> نخیر، اگر نی، چرا؟
2. بحران چگونه به نظر می رسد؟
3. عوامل محرک/ استرس زا که ممکن است منجر به بحران شود چیست؟
4. استراتژی های مقابله ای که می تواند برای جلوگیری از بحران استفاده شود کدام هاست؟ (مهارت ها و استراتژی های جلوگیری، کاهش یا از بین رفتن بحران را تشریح کنید.)
5. استراتژی های که طفل و دیگران می توانند در طول یک بحران برای اطمینان از محافظت و تشویق تنش زدایی استفاده کنند چیست؟
6. افراد کلیدی که باید با آنها تماس گرفته شود و چه وقت باید با آنها تماس گرفته شود چه کسانی هستند؟
7. در وقت بحران چه باید کرد؟
8. چه وقت باید به پولیس، آزمایش کنندگان صحت روانی، و/ یا شفاخانه مسؤل اطلاع داده شود؟
لطفا توجه داشته باشید: ممکن است شرایط خاص یا غیرعادی وجود داشته باشد که بزرگسالان مسؤل را ملزم به اصلاح پلان کند.

X. پیگیری و مراحل بعدی

تاریخ و وقت برای جلسه پیگیری CSP:

مراحل بعدی و نفر مسؤل

-
-

نکته مهم: هر یک از اعضای یک تیم CSP، بشمول والدین، می توانند به تیم بین سازمانی محلی خود ارجاع بدهند، اگر تیم مایل به پشتیبانی، نظریات و/یا پیشنهادات بیشتر برای پشتیبانی و خدمات بیشتر باشد.

روند استیناف

اکثر تیم های برنامه ریزی خدمات هماهنگ قادر به نوشتن و اجرای موفقیت آمیز پلان خدمات هماهنگ شده طفل یا نوجوانان هستند. گاهی ممکن است یک تیم برای کمک فنی، مشاوره یا حل اختلاف به تیم بین سازمانی محلی خود (LIT) مراجعه کند. بعضی اوقات، یک LIT ممکن است برای کمک فنی، مشاوره یا حل اختلاف به تیم بین سازمانی ایالتی (SIT) مراجعه کند. والدین، به عنوان اعضای یک تیم برنامه ریزی خدمات هماهنگ شده، ممکن است برای حل اختلاف به LIT یا SIT رجوع کنند.

لطفا توجه داشته باشید: اگر یکی از والدین در مورد ارائه خدمات به جای هماهنگی خدمات اختلاف داشته باشد، باید از مکانیسم(های) حل اختلاف مناسب در بخش C. زیر استفاده کند.

A. قانون 264 روند تجدید نظر در مورد هماهنگی خدمات

یک اداره محلی، یک ارائه دهنده خدمات یا یکی از والدین در تیم می تواند در مورد هماهنگی بین سازمانها تحت قانون 264 و شرایط مربوطه موافقت نامه بین سازمانی درخواست تجدید نظر کند.

اگر تیم بین سازمانی محلی و تیم بین سازمانی ایالتی هر دو نتوانند اختلاف را حل کنند، درخواست تجدید نظر در دسترس است. SIT باید اداره محلی، ارائه دهنده (ها) خدمات و والدین را از حق آنها برای درخواست تجدید نظر آگاه کند و نام و آدرس را برای ارسال درخواست تجدید نظر ارائه بدهد.

پروسه تجدید نظر باید شامل یک جلسه شنوایی طبق فصل 25 عنوان 3 باشد. جلسه شنوایی باید توسط یک افسر محاکمه منصوب شده توسط مدیر اداره خدمات بشری و وزیر تعلیم و تربیه انجام شود. بر اساس شواهد ارائه شده در جلسه، افسر محاکمه باید یافته های کتبی و پیشنهادات برای تصمیم گیری به وزیر و کمیسار صادر کند. دبیران AHS و AOE ممکن است پیشنهادهای تصمیم گیری را تصدیق، معکوس یا تغییر دهند. همه طرف ها باید تصمیم نهایی کتبی را توسط مدیران دریافت کنند.

B. روند تجدید نظر در مورد مسائل مربوط به پرداخت و بازپرداخت بین سازمان ها

هنگامی که یک اداره غیرآموزشی خدماتی را که مسئولیت آنها را بر عهده دارد، و همچنین آموزش ویژه و خدمات که مرتبط تلقی می شود، ارائه نمی کند یا هزینه آن را پرداخت نمی کند، اداره منطقه مکتب (یا سازمان دولتی مسئول توسعه برنامه تدریس فردی طفل [IEP]) باید این خدمات را به موقع به کودک ارائه بدهد یا هزینه آن را پرداخت کند. سپس اداره منطقه مکتب (یا اداره دولتی مسئول به عنوان اداره آموزشی) می تواند بازپرداخت خدمات را از سازمان غیرآموزشی که مسئول بوده و نتوانسته است این خدمات را ارائه یا پرداخت کند، مطالبه کند. روش هایی که در توافقنامه بین ادارهی ماه جون 2005 بیان شده است باید برای ادعای مصرف بین سازمان ها استفاده شود.

C. سایر درخواست های تجدید نظر و روش های شکایت که در دسترس پدر و مادر هستند

علاوه بر فرصت درخواست تجدید نظر در مورد هماهنگی خدمات طبق قانون 264، والدین حق دارند بسته به ماهیت خدمات و شکایت از سایر مراحل تجدید نظر و شکایت استفاده کنند. این درخواست ها و روش های شکایت ممکن است شامل موارد زیر باشد اما محدود به موارد زیر نیست:

- شکایت والدین در مورد ارائه یک آموزش عمومی مناسب رایگان و حقوق دیگر تحت قانون افراد معلول در تعلیم و تربیه: تماس با اداره تعلیم و تربیه در (802) 479-1255.
- والدین و فرزندان حق درخواست تجدید نظر در مورد پوشش مدیکید و/یا درخواست تجدید نظر در مورد واجد شرایط بودن یک طفل برای مدیکید را دارند: با مرکز حمایت مشتری Green Mountain در شماره 1-800-250-8437 (TDD/TTY) 1-888-834-7898 به تماس شوئید.
- شکایت یا نارضایتی در مورد عملکرد کارکنان و یا کیفیت برنامه ها: با ارائه دهنده نظارت مسئول ارائه خدمات تماس بگیریید.

انتشار معلومات برای بررسی تیم بین اداره از پلان خدمات هماهنگ شده

در صورت ارجاع به تیم محلی بین سازمانی، کمیته بررسی دوسیه یا تیم بین سازمانی ایالتی، این نسخه باید توسط والدین امضا شود

نام طفل/ نوجوانان	تسهیل کننده

اکثر برنامه های خدمات هماهنگ شده (CSPs) انجام می شود. با این حال اگر یک تیم CSP با یک پلان موافق نباشد، آنها ممکن است از تیم بین اداره محلی (LIT) برای کمک تماس بگیرند. اگر LIT نتواند پلانی را ایجاد کند که همه با آن موافق باشند، ممکن است از تیم بین اداره دولتی (SIT) کمک خواسته شود. اگر یک تیم CSP در مورد مراقبت های تحت پوشش یا محل زندگی فکر می کند، تیم CSP باید از کمیته بررسی دوسیه (CRC) بخواهد که این امکان را بررسی و در نظر بگیرد.

من رضایت خود را برای انتشار معلومات مربوطه از جمله طرح خدمات هماهنگ شده (CSP) به مقامات ذیل می دهم: تیم بین اداره محلی (LIT)، تیم بین اداره ایالتی (SIT)، و/ یا کمیته بررسی دوسیه (CRC).

من درک می کنم که:

- معلومات فرزند من شامل سوابق آموزشی، روانی، تاریخ اجتماعی، ارزیابی های طبی، و خدمات داده شده به فرزند من است.
- معلومات فرزند من همچنین شامل CSP او نیز می شود.
- معلومات فرزند من با LIT، SIT، و/یا CRC به اشتراک گذاشته می شود تا آنها بتوانند (1) CSP فرزندم را بررسی کنند و/یا (2) درخواست مراقبت های ویژه یا مراقبت های مسکونی را بررسی کنند.
- من می توانم با نوشتن نامه ای به تسهیل کننده، معلومات مربوط به فرزندم را که با LIT، SIT، و/یا CRC به اشتراک گذاشته شده است، ببینم یا یک کاپی از آن را دریافت کنم.
- اعضای LIT، SIT، و/یا CRC می دانند که معلومات فرزندم محرمانه است و معلومات مربوط به فرزندم را بدون دریافت رضایت کتبی من با دیگران به اشتراک نمی گذارند، مگر اینکه قانون بگوید که باید به اشتراک گذاشته شود.
- این فورم رضایت یک سال پس از تاریخی که من آن را امضا می کنم منقضی می شود.
- من می توانم رضایت خود را در هر زمان با نوشتن نامه ای به تسهیل کننده از بین ببرم، به جز زمانی که LIT، SIT یا CRC قبلاً از معلومات استفاده کرده است.
- اگر من رضایت خود را نمی دهم، LIT، SIT، و/یا CRC نمی تواند (1) CSP فرزندم را بررسی کند یا (2) درخواست برای بسته بندی فشرده یا مراقبت های مسکونی را بررسی کند.
- اگر رضایت خود را ندهم، مزایا و خدمات فعلی فرزندم تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت.
- یک کاپی از این فورم رضایت بعد از امضای آن به من داده خواهد شد.
- معلومات عمومی در مورد مفید بودن پروسه برنامه ریزی خدمات هماهنگ شده توسط تیم بین اداره ایالتی جمع آوری شده است. معلومات مربوط به اسناد ارجاع فرزندم ممکن است در این تلاش استفاده شود، اما معلومات مربوط به فرزند و خانواده ام شناسایی نخواهد شد.

<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر			
من میخواهم با نماینده والدین تیم بین اداره محلی یا ایالتی خود قبل از جلسه LIT، SIT یا CRC صحبت کنم.			
نام به حروف درشت	امضا	تاریخ	والدین / سرپرست
			شاهد
			والدین جانشین آموزشی (اگر قابل اجرا باشد)

بخش تکمیلی:

ارجاع به کمیته بررسی دوسیه

علاوه بر بسته CSP، این بخش باید تکمیل شود اگر ارجاع به کمیته بررسی دوسیه برای بررسی جایگذاری مسکونی انجام می شود.

کمیته بررسی دوسیه ها توسط تیم بین اداره ایالتی (SIT) با هدف همکاری با تیم های محلی برای توسعه برنامه های خدمات هماهنگ شده مناسب برای اطفال ایجاد شد. این مرکز متعهد است تا در کمترین محیط محدود کننده متناسب با نیازهای خود، به اطفال و نوجوانانی که اختلالات عاطفی شدید و سایر معلولیت ها دارند، خدمت کند. SIT و CRC بر این باورند که در صورت امکان، اطفال باید در جوامع خود خدمت کنند. معالجه مسکونی فشرده باید تنها در صورت لزوم برای پاسخگویی به نیازهای فردی یک طفل استفاده شود.

CRC به عنوان یک کمیته فرعی از تیم بین اداره دولتی برای رسیدن به دو هدف با استفاده از معیارهای سازگار تاسیس شده است:

1. ارائه کمک به تیم های محلی در هنگام شناسایی، دسترسی و/یا توسعه جایگزین های معالجه کمتر محدود کننده؛ و
2. هنگامی که جایگزین های کمتر محدود کننده مناسب نیستند، بهترین تطابق ممکن بین طفل و مرکز معالجوی مسکونی تضمین شود.

برای رهنمودهای کامل CRC لطفاً به وب سایت IFS مراجعه کنید: <http://ifs.vermont.gov/docs/sit>

سوالات در باره ارجاع مسکونی

سوالات زیر توسط تیم CSP یا تیم بین اداره محلی تکمیل می شود، هر کدام از تیم در حال ارجاع به کمیته بررسی دوسیه است.

معلومات مهم
در صورت درخواست برای معالجه مسکونی، و اینکه طفل به فرزندخواندگی گرفته شده، آیا واحد پذیرش DCF می داند که خانواده برای درمان اقامتی درخواست می کنند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر پادداشت: این مسئولیت خانواده است که به واحد فرزندخواندگی از چنین تغییری در محل اقامت برای طفل / نوجوانان اطلاع بدهد.
اگر طفل/ نوجوانان در حضانت DCF است: شهر محل اقامت پدر و مادر در وقت گرفتن حضانت کجا بود؟ آیا حقوق والدین (TPR) فسخ شده است؟ <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی اگر بلی، شهر اقامت والدین در وقت TPR کدام بود:
شخصی که دارای اختیارات برای تصمیم گیری های صحی و تعلیمی است: اگر طفل/ نوجوان دارای بیمه تجاری است، نشان دهید که بیمه آنها را چک کرده اید تا ببینید آیا آنها مزایای پوشش معالجه مسکونی را دارند یا خیر. <input type="checkbox"/> بلی، آنها دارند <input type="checkbox"/> نخیر، آنها ندارند
عوامل خطر (تمام موارد قابل اجرا را علامت بزنید) قربانی اثبات شده: <input type="checkbox"/> سوء استفاده فیزیکی <input type="checkbox"/> غفلت <input type="checkbox"/> سوء استفاده جنسی <input type="checkbox"/> سوء استفاده عاطفی <input type="checkbox"/> قضاوت برای رفتارهای مضر جنسی <input type="checkbox"/> اثبات عامل سوء استفاده جنسی <input type="checkbox"/> قضاوت دیگر (شرح بدهید): <input type="checkbox"/> سایر عوامل خطر (شرح بدهید): <input type="checkbox"/> تاریخچه قاچاق انسان <input type="checkbox"/> تاریخچه / قرار گرفتن در معرض فعلی به خشونت خانگی <input type="checkbox"/> دیگر سابقه تروما:

1. چه موانعی مانع برآورده شدن ضروریات طفل/ نوجوان در جامعه می شود؟

2. لطفاً به یکی از سوالات زیر پاسخ بدهید--**اگر درخواست ارزیابی می کنید، به (a) پاسخ دهید، اگر درخواست معالجه مسکونی می کنید، به (b) پاسخ دهید.**

a. اگر شما درخواست ارزیابی می کنید، سوالات بالینی و/یا آموزشی که می خواهید پاسخ داده باشید چیست؟

b. اگر شما درخواست معالجه مسکونی می کنید، اهداف برای این سطح از مداخله فشرده چیست؟ اهداف خانواده و طفل/ نوجوانان چیست؟

3. مشارکت والدین/ خانواده در طول معالجه مسکونی چگونه خواهد بود؟

4. لطفاً در مورد هر گونه چالش پیش بینی شده با دخالت والدین/ خانواده در تداوی به ما بگویید.

5. آیا توصیه هایی برای خدمات در خانه وجود دارد در حالی که طفل/ نوجوان تحت تداوی است؟ اگر بلی، لطفاً شرح کنید.

6. تیم از کجا خواهد فهمید که پیشرفتی وجود دارد یا خیر؟ آنها به دنبال چه نتایجی هستند؟

7. پلان الحاق مجدد اخراج/ اجتماعی چیست؟

وضعیت زندگی طفل / نوجوان

برای نشان دادن موقعیت‌ها و وضعیت‌های زندگی قبلی، فعلی و پیشنهادی جوان، جعبه‌های مناسب را علامت بزنید و تاریخ‌ها را در خط ذکر کنید.

پیشنهاد شده	فعلی	قبلی	نوع (تمام موارد قابل اجرا را علامت و تاریخ بزنید.)
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	زندگی مستقل
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	دو مراقب (حداقل یک بیولوژیکی)
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	فقط یکی از پدر و مادر بیولوژیکی (بدون شریک زندگی)
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	سرپرستی مشترک
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	خانه خوانده
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	خویشاوندان/ بزرگسالان بدون مزد
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	مراقبت پرورشی
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	تداوی مراقبت پرورشی
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	خانه گروهی
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	سرپناه اضطراری
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	ارزیابی برنامه معالجه مسکونی
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	معالجه مسکونی - طولانی مدت (غیر مواد مخدر/ الکل)
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	برنامه معالجه مسکونی مواد مخدر/ الکل
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	شفاخانه طبی
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	شفاخانه روانی
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	تسهیلات محافظت نوجوانان
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	مرکز اصلاح و تربیت
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	جایگزین‌های توقیف
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	جایی برای اقامت نیست
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	دیگر (تشریح کنید):
_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	دیگر (تشریح کنید):
لطفا وضعیت زندگی پیشنهادی را شرح دهید:			

صفحه امضای ارجاع مسکونی

امضای پدر و مادر / سرپرست: همیشه لازمی است.

ارجاع مسکونی مخالف	ارجاع مسکونی موافق	تاریخ	امضا	نام، نقش و شماره تلیفون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

امضای مدیر آموزشی: اگر طفل در IEP است، مدیر آموزش ویژه ملزم به امضای قرارداد است. اگر طفل در IEP نیست (یعنی، طفل در یک پلان 504، پلان EST، و یا در تعلیم و تربیه به طور منظم است)، امضای مدیر یا مدیر تعلیم و تربیه ویژه مورد نیاز است (چنانکه در روش های محلی تعیین شده).

ارجاع مسکونی مخالف	ارجاع مسکونی موافق	تاریخ	امضا	نام، نقش و شماره تلیفون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

امضای ریاست بخش خدمات خانواده: اگر طفل/ نوجوان در بازداشت کمیساریای وزارت اطفال و خانواده ها باشد، این یک امضای مورد نیاز است.

ارجاع مسکونی مخالف	ارجاع مسکونی موافق	تاریخ	امضا	نام، نقش و شماره تلیفون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

امضای مدیر صحت روانی اطفال و یا مدیر تعیین شده: همیشه لازمی است.

ارجاع مسکونی مخالف	ارجاع مسکونی موافق	تاریخ	امضا	نام، نقش و شماره تلیفون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

امضای سایر اعضای تیم:

ارجاع مسکونی مخالف	ارجاع مسکونی موافق	تاریخ	امضا	نام، نقش و شماره تلیفون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			