

# ПЛАН КООРДИНОВАНОГО НАДАННЯ ПОСЛУГ (CSP)



Департамент соціального забезпечення й Департамент  
освіти



**ДАТА ПЕРЕГЛЯДУ: СІЧЕНЬ 2022 р.**

**ВАЖЛИВЕ ЗАУВАЖЕННЯ:** процес CSP надає сім'ям право на координування надання послуг, а не на отримання конкретних послуг. Затвердження конкретних послуг та/або переведення в певний заклад є обов'язком відповідної установи або установ. Під час реалізації компонентів цього плану необхідно дотримуватися встановлених процедур затвердження.

## Зміст

Посібник із плану координованого надання послуг _____	3
Що таке план координованого надання послуг? _____	3
Згода на визначення відповідності критеріям і підготовку плану координованого надання послуг _____	5
Згода на розкриття інформації _____	6
I. Інформація про дитину/молоду людину й родину _____	7
I. Підстави для перенаправлення _____	9
II. Фасилітатори засідань _____	9
III. Члени групи CSP _____	9
IV. Соціальні зв'язки: хто важливий для мене й моєї родини? _____	10
V. Фактори забезпечення стійкості й потреби: Що важливо знати про мене (дитину/молоду людину) й мою родину? _____	11
VI. Проблеми поведінки _____	12
VII. Освіта дитини/молодої людини _____	13
VIII. Підтримка й послуги для дітей і родин _____	14
IX. Проактивний антикризовий план _____	15
X. Подальший контроль і наступні кроки _____	16
Процес подання апеляції _____	16
Розкриття інформації міжвідомчій групі для розгляду плану координованого надання послуг _____	17
Передача справи на розгляд комітету з розгляду справ _____	19
Запитання щодо направлення до інтернатного закладу _____	19

## Посібник із плану координованого надання послуг

Призначений для групи й фасилітатора.

Щоб отримати додаткову інформацію про CSP, ознайомтеся з посібником для фасилітатора за посиланням <https://ifs.vermont.gov/docs/sit>



### Що таке план координованого надання послуг?

**План координованого надання послуг** — це письмовий план, розроблений групою для дитини/молодої людини, яка потребує послуг кількох установ. Вона покликана задовольнити потреби дитини вдома або в закладі поза домом, а також у школі та громаді. (Адаптовано з тексту Закону 264)

У 2005 році було укладено додаткову **Міжвідомчу угоду**, яка розширила Закон 264. У цій угоді зазначено, що «діти й молодь, які відповідають критеріям, мають право на отримання плану координованого надання послуг, розробленого групою з координації послуг, до складу якої входять представники сфери освіти, відповідних відділів Департаменту соціального забезпечення, батьки або опікуни, а також інші відповідні особи, пов'язані з родиною». План координованого надання послуг включає індивідуальні плани освіти (ІЕР), а також плани соціального забезпечення або індивідуальні плани підтримки, і організований таким чином, щоб усі компоненти працювали на досягнення сумісних цілей, здійснювався моніторинг прогресу й ефективно використовувалися ресурси.

## Контрольний список CSP для фасилітаторів

### I. Що потрібно для CSP?

- Попросіть батька/мати/опікуна підписати згоду на визначення відповідності критеріям
- Попросіть батька/мати/опікуна підписати згоду на розкриття інформації
- Поясніть, хто такий представник батьків, і запитайте, чи зацікавлені батько/мати в спілкуванні з представником батьків, який працює з вашим регіоном
- Заповніть усі розділи CSP аж до додаткового розділу щодо перенаправлення в інтернатні заклади
- Наприкінці засідання або своєчасно надайте родині примірник CSP
- Поясніть родині процес подання апеляції

### II. Що потрібно для перенаправлення до місцевої міжвідомчої групи?

- Передайте підписану батьком/матір'ю/опікуном згоду на визначення відповідності критеріям
- Передайте підписану батьком/матір'ю/опікуном згоду на розкриття інформації для розгляду міжвідомчою групою
- Поясніть, хто такий представник батьків, і запитайте, чи зацікавлені батько/мати в спілкуванні з представником батьків, який працює з вашим регіоном
- Переконайтеся, що на засіданні будуть присутні ключові особи з місцевої міжвідомчої групи, А ТАКОЖ переконайтеся, що їх буде не дуже багато, щоб засідання не стало занадто складним для родини
- План CSP, який був завершений на засіданні групи

### III. Що потрібно для перенаправлення до комітету з розгляду справ?

- Передайте підписану батьком/матір'ю/опікуном згоду на визначення відповідності критеріям
- Передайте підписану батьком/матір'ю/опікуном згоду на розкриття інформації для розгляду міжвідомчою групою
- Документація про повноваження щодо прийняття медичних і освітніх рішень — для дітей/молоді, які не перебувають під опікою Відділу з питань дітей і родин (DCF), у пакет слід включити документ, який зазначає, хто має повноваження приймати медичні й освітні рішення. Це можна зробити шляхом підписання обома батьками CSP або документального підтвердження наявності повноважень щодо одноосібного прийняття рішень, що впливають із затверджених судом рішень про опікунство, угод про розлучення або рішень про всиновлення.
- Супровідний лист для представника комітету з розгляду справ із вичерпним описом ситуації (що спрацювало, а що ні), послуг, що надаються, а також цілей і очікувань груп щодо надання послуг більш високого рівня.
- Поясніть, хто такий представник батьків, і запитайте, чи зацікавлені батько/мати в залученні представника в їхньому регіоні
- Надішліть CSP **ТА** додатковий розділ щодо перенаправлення в інтернатні заклади
- Сторінка з підписами щодо направлення до інтернатного закладу
- Оцінювання за методом оцінки потреб і сильних сторін дітей і молоді (CANS), виконане протягом останніх 3 місяців (необхідна повна таблиця результатів)
- Оцінювання й експертизи, такі як психологічні або психіатричні
- Поточний план IEP, 504 або EST, якщо застосовується
- Відповідна медична документація, зокрема список ліків
- Виписний епікриз від закладів, у яких особа перебувала раніше
- Якщо особа перебуває під опікою Відділу з питань дітей і родин (DCF), останнє рішення, план ведення справи й відповідність критеріям IV-E (DCF 201R)
- Копія картки Medicaid АБО номер Medicaid
- Документи від приватної страхової компанії про те, що лікування в інтернатному закладі не покривається її страховкою.
- Визначте установу, яка буде здійснювати перенаправлення в комітет із розгляду справ

### IV. Що потрібно для перенаправлення до міжвідомчої групи штату?

- Передайте підписану батьком/матір'ю/опікуном згоду на визначення відповідності критеріям
- Передайте підписану батьком/матір'ю/опікуном згоду на розкриття інформації для розгляду міжвідомчою групою
- Поясніть, хто такий представник батьків, і запитайте, чи зацікавлений батько/мати в спілкуванні з представником батьків, який є членом міжвідомчої групи штату (SIT)
- Надайте батьку/матері/опікуну посібник міжвідомчої групи штату (SIT) для родин

Ім'я та прізвище дитини/молодої людини: \_\_\_\_\_

- Супровідний лист для координатора міжвідомчої групи штату (SIT) з коротким описом ситуації та запитаннями до SIT, на які місцева міжвідомча група хотіла б отримати відповіді
- Заповнений CSP до додаткового розділу пакета CSP

### **Згода на визначення відповідності критеріям і підготовку плану координованого надання послуг**

Ім'я та прізвище дитини/молодої людини	Фасилітатор
--	-------------

План координованого надання послуг (CSP) — це процес, що складається з низки кроків, спрямованих на те, щоб допомогти дітям і молоді реалізувати їхні надії та цілі. Люди з оточення дитини або молоді людини працюють у групі, щоб розробити план, що об'єднує необхідні послуги й підтримку. Я розумію, що, як батько/мати, я є членом групи CSP.

Я даю згоду на початок процесу визначення того, чи відповідає моя дитина критеріям отримання CSP. Часто визначення відповідності критеріям є частиною початкового засідання CSP, під час якого збирається й аналізується інформація про те, як конкретні установи чи відомства працюють з дитиною/молодою людиною.

Якщо моя дитина відповідає критеріям, я даю згоду на розробку групою CSP плану координованого надання послуг.

Я розумію, що:

- Я також маю підписати форму «Згода на розкриття інформації». Згода на розкриття інформації дозволить фасилітатору поділитися інформацією про мою дитину з групою CSP.
- Фасилітатор повідомить мені протягом 30 днів після отримання цієї підписаної форми й підписаної згоди на розкриття інформації, чи відповідає моя дитина критеріям.
- Записи, які фасилітатор збирає протягом процесу підготовки плану координованого надання послуг, є конфіденційними. Фасилітатор не передаватиме ці записи іншим особам без попереднього отримання моєї письмової згоди, за винятком випадків, коли це передбачено законом.
- Я можу переглядати чи отримувати копію цих записів, написавши листа фасилітатору.
- Я отримаю примірник цієї форми згоди після того, як підпишу її.
- Якщо я не дам своєї згоди, фасилітатор не зможе визначити, чи відповідає моя дитина критеріям CSP, і CSP не можна буде розробити.
- Якщо я не дам згоди, поточні пільги й послуги, що надаються моїй дитині, не будуть змінені.

	Ім'я та прізвище друкованими літерами	Підпис	Дата
Батько/мати/опікун			
Свідок			
Особа, яка заміняє одного з батьків щодо освітніх питань (якщо застосовно)			

## Згода на розкриття інформації

Ім'я та прізвище дитини/молодої людини	Фасилітатор
--	-------------

Я даю згоду на передачу інформації про мою дитину групі підготовки плану координованого надання послуг (CSP). Я розумію, що, як батько/мати, я є членом групи CSP.

Я розумію, що:

- Інформація про мою дитину включає записи про освітню, психологічну, соціальну історію, медичні огляди й послуги, надані моїй дитині.
- Інформація про мою дитину буде передана групі CSP та постачальнику послуг первинної медичної допомоги моєї дитини, щоб група могла визначити, чи відповідає моя дитина критеріям CSP, і, якщо так, розробити та впровадити CSP для моєї дитини.
- Я можу переглянути інформацію про мою дитину, яка надається групі CSP, або отримати її копію, написавши листа фасилітатору.
- Група CSP знає, що інформація про мою дитину є конфіденційною. Група не передаватиме інформацію про мою дитину іншим особам без попереднього отримання моєї письмової згоди, за винятком випадків, коли це передбачено законом.
- Я можу відкликати свою згоду в будь-який час, написавши листа фасилітатору, за винятком випадків, коли група CSP вже використала цю інформацію.
- Якщо я не дам своєї згоди, група CSP не зможе визначити, чи відповідає моя дитина критеріям CSP, і моя дитина не отримає CSP.
- Якщо я не дам згоди, поточні пільги й послуги, що надаються моїй дитині, не будуть змінені.
- Я отримаю примірник цієї форми згоди після того, як підпишу її.
- Загальна інформація про корисність процесу планування координованого надання послуг збирається міжвідомчою групою штату. Задля цього може бути використана інформація з CSP моєї дитини, але вона буде такою, що не дозволяє встановити особу моєї дитини чи родину.

**ЦЯ ФОРМА ЗГОДИ ВТРАЧАЄ ЧИННІСТЬ ЗА ОДИН РІК ІЗ ДАТИ ЇЇ ПІДПИСАННЯ МНОЮ.**

<p><b>Я хочу поговорити з представником батьків моєї місцевої міжвідомчої групи перед засіданням для підготовки плану координованого надання послуг. Для отримання додаткової інформації про Закон 264 і план координованого надання послуг ви можете перейти за посиланням <a href="http://www.act264.vt.gov">www.act264.vt.gov</a>.</b></p>	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
---	---

	Ім'я та прізвище друкованими літерами	Підпис	Дата
Батько/мати/опікун			
Свідок			
Особа, яка заміняє одного з батьків щодо освітніх питань (якщо застосовно)			

**Розділ I повинен бути заповнений ПЕРЕД ПОЧАТКОМ ПІДГОТОВКИ CSP ІЗ РОДИНОЮ**

**I. Інформація про дитину/молоду людину й родину**

Ім'я та прізвище дитини/молодої людини:	Присвоєна стать при народженні: <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча Гендерна ідентичність (необов'язково):
Дата народження: Вік:	Що з цього описує дитину/молоду людину, <b>на думку родини</b> (позначте всі застосовні варіанти відповідей): <input type="checkbox"/> Абенаки
Імена та прізвища осіб, які мають опіку над цією дитиною/молодою людиною:  <i>Крім того, див. перелік документів, які вимагають надання розпорядження про опіку із зазначенням того, хто має право приймати рішення (про фізичну опіку та/або медичні рішення).</i>	<input type="checkbox"/> Корінні народи Аляски <input type="checkbox"/> Корінні народи Америки <input type="checkbox"/> Азіати <input type="checkbox"/> Чорношкірі/афроамериканці <input type="checkbox"/> Народи Близького Сходу чи Північної Африки <input type="checkbox"/> Народи Гавайських островів/інших тихоокеанських островів <input type="checkbox"/> Іспаномовні, латиноамериканці чи іспанського походження <input type="checkbox"/> Білі <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> Інформація не надана/вирішили не відповідати
Ім'я та прізвище батька/матері:	Фактична адреса:  Поштова адреса:  Телефон:  Електронна пошта:
Ім'я та прізвище батька/матері:	Фактична адреса: та, що й вище <input type="checkbox"/>  Поштова адреса:  Телефон: Електронна пошта:
Законний опікун (за наявності)	Адреса:  Телефон:
Особа, яка заміняє одного з батьків щодо освітніх питань (якщо застосовно):	Адреса:  Телефон:
Ім'я, прізвище й контактна інформація поточного опікуна (якщо вони відрізняються від вищевказаних):	

**Якщо залучений Відділ із питань дітей і родин (DCF), заповніть розділ Е.****А. Поведінкові розлади та психічне здоров'я**

Діагноз за діагностичним і статистичним довідником із психічних розладів DSM-5	Код за міжнародною класифікацією хвороб ICD	Дата	Хто надав
1			
2			
3			
4			

Перерахуйте ліки, які зараз приймаються:

**В. Медична інформація**

Лікар первинної медичної допомоги:		
Медична проблема або діагноз	Дата	Постачальник
1		
2		
3		

Перерахуйте ліки, які зараз приймаються:

Чи визнано цю дитину/молоду людину такою, що відповідає критеріям отримання послуг у зв'язку з порушеннями розвитку?  Відповідає критеріям, отримує послуги  Відповідає критеріям, очікує надання послуг  Виконується оцінювання  Оцінювання виконане, не відповідає критеріям  Потрібне перенаправлення

Якщо так, укажіть рік набуття відповідності критеріям: \_\_\_\_\_ Уповноважена установа, яка виконала визначення: \_\_\_\_\_

**С. Медичне страхування**

Чи має дитина/молода людина медичну страховку?  Ні  Так

Medicaid — номер: \_\_\_\_\_  Третьої сторони/комерційний — власник і номер: \_\_\_\_\_

**Д. Статус усиновлення**

Чи була дитина/молода людина усиновлена?  Так  Ні  На розгляді

Скільки років було дитині, коли її усиновили? \_\_\_\_\_

**Е. Залучення Відділу з питань дітей і родин (DCF)**

Заповніть усі застосовні поля.	
Чи перебуває дитина/молода людина під опікою DCF?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Чи є чинне розпорядження про умовне опікуєнство?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, на чю користь?



Ім'я та прізвище дитини/молодої людини: \_\_\_\_\_

Чи має родина відкриту справу в DCF?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Соціальний працівник DCF	
Чи перебуває молода людина на випробувальному терміні для неповнолітніх?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Чи має молода людина статус неповнолітнього правопорушника?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Інспектор із нагляду за умовно засудженими повнолітніми й неповнолітніми через Управління виправних установ	
Опікун за розпорядженням суду	

## Інформація, яку необхідно внести на засіданні CSP

### I. Підстави для перенаправлення

Яка причина перенаправлення?		
CSP:	Дата:	Дата наступного засідання:
Місцева міжвідомча група: (якщо застосовно)	Дата:	
Комітет із розгляду справ: (якщо застосовно)	Дата:	
Міжвідомча група штату: (якщо застосовно)	Дата:	

### II. Фасилітатори засідань

Імена та прізвища фасилітаторів CSP	Установа: Адреса: Номер телефону: Електронна пошта:
Ім'я та прізвище координатора місцевої міжвідомчої групи	Установа: Адреса: Номер телефону: Електронна пошта:

### III. Члени групи CSP

Ім'я та прізвище (друкованими літерами)	Підпис і ким є для дитини/молодої людини	Для засідань, що проводяться в рамках подальшого контролю: поставте ініціали, якщо ви були присутні

Ім'я та прізвище дитини/молодої людини: \_\_\_\_\_


#### IV. Соціальні зв'язки: хто важливий для мене й моєї родини?

**Люди, які є важливими або корисними для мене й моєї родини** (наприклад, близькі родичі, далекі родичі, друзі, сусіди, члени релігійної громади, громадських організацій, люди зі школи, дошкільних закладів, інших постачальників послуг, медичних закладів).

*Ця інформація може бути надана у вигляді базової генограми або екомапи, але не обов'язково надавати її в такому вигляді. Дізнатися більше про те, як робити генограми й екомапи, можна на наступних вебсайтах: [http://stanfield.pbworks.com/f/explaining\\_genograms.pdf](http://stanfield.pbworks.com/f/explaining_genograms.pdf) або <https://www.smartdraw.com/ecomap/>.*

*Якщо дитина/молода людина не присутня на засіданні CSP, обов'язково отримайте від неї зворотній зв'язок щодо того, хто є важливим і кого слід залучити — членів команди (спортивні секції, клуби, громадські групи), вчителів, тренерів, однолітків, наставників.*

**Як я, як піклувальник, вважаю за краще отримувати підтримку?**

*(тобто, у вигляді письмових матеріалів, пояснення, обговорення, зустрічі з кимось, хто має подібні проблеми, чи потрібен мені усний перекладач, оскільки я ще тільки вивчаю англійську мову, чи потрібні допоміжні засоби для людей із вадами зору або слуху?)*

**V. Фактори забезпечення стійкості й потреби: Що важливо знати про мене (дитину/молоду людину) й мою родину?**

<p><b>1. Які сподівання й цілі маю я (дитина/молода людина) та моя родина (цілі, що стосуються дитини/молодої людини)?</b></p>	
<p><b>2. Які мої (дитини/молодої людини) сильні сторони, інтереси й ресурси, а також сильні сторони, інтереси й ресурси моєї родини допоможуть досягнути цілей і сподівань?</b></p>	
<p><b>3. Які мої (дитини/молодої людини) потреби, задачі, проблеми та пріоритети необхідно врахувати для досягнення моїх цілей?</b> <i>(Для їх визначення використовуйте</i></p>	

наявні плани й результати оцінювання, а також поточний досвід).

## VI. Проблеми поведінки

Заповніть контрольний список нижче, якщо це доречно, виходячи з причин застосування CSP. Якщо направлення отримано через Департамент психічного здоров'я, додайте останню версію звіту про оцінювання за методом оцінки потреб і сильних сторін дітей і молоді (CANS), у якому зазначені потреби й сильні сторони.

Нижче позначте всі поля, що відповідають проявам поведінки, які дитина/молода людина демонструє в суттєвій мірі порівняно з іншими особами зі своєї вікової групи.

<input type="checkbox"/> Жодна з наведених нижче ознак не демонструється		
<input type="checkbox"/> Сплутаність свідомості/дивні думки	<input type="checkbox"/> Імпульсивність	<input type="checkbox"/> Надзвичайний смуток
<input type="checkbox"/> Неналежна поведінка	<input type="checkbox"/> Схильність до втечі	<input type="checkbox"/> Тривожність (може включати непереборні/компульсивні дії)
<input type="checkbox"/> Емоційно проблемні реакції	<input type="checkbox"/> Сенсорні проблеми	<input type="checkbox"/> Зловживання психоактивними речовинами
<input type="checkbox"/> Уникнення соціальних контактів та/або соціальна ізоляція	<input type="checkbox"/> Розпалювання вогню АБО гра з вогнем	<input type="checkbox"/> Скарги на здоров'я (соматичні) з невідомою медичною причиною
<input type="checkbox"/> Гіперактивність	<input type="checkbox"/> Відмова від дотримання меж	<input type="checkbox"/> Проблеми з кишечником і сечовим міхуром (енурез/енкопрез)
<input type="checkbox"/> Вербальна агресія	<input type="checkbox"/> Самопошкодження	<input type="checkbox"/> Постійна відмова від навчання в школі
<input type="checkbox"/> Агресія по відношенню до людей	<input type="checkbox"/> Суїцидальні думки	<input type="checkbox"/> Відсторонення від занять/виключення зі школи
<input type="checkbox"/> Агресія до майна	<input type="checkbox"/> Суїцидальна поведінка	<input type="checkbox"/> Моторні тики чи слова-паразити
<input type="checkbox"/> Проблемна сексуальна поведінка	<input type="checkbox"/> Крадіжки	<input type="checkbox"/> Серйозні порушення сну
<input type="checkbox"/> Надмірне відлучення від родини	<input type="checkbox"/> Жорстоке поводження з тваринами	<input type="checkbox"/> Проблеми з законом
<input type="checkbox"/> Надзвичайна залежність від сім'ї	<input type="checkbox"/> Розлад харчової поведінки	<input type="checkbox"/> Інше
<input type="checkbox"/> Проблеми з адаптацією до травми	<input type="checkbox"/> Поведінка, що створює загрозу, із застосуванням зброї	

Ім'я та прізвище дитини/молодої людини: \_\_\_\_\_

Розкажіть про вищезгадані проблеми поведінки й умови, у яких вони виникають:

## VII. Освіта дитини/молодої людини

Відвідування школи*: Управління округу/орган управління: <i>*Якщо дитина/молода людина навчається вдома, вкажіть це в розділі про відвідування школи</i>		Місто, де проживає один із батьків чи обоє батьків:
Клас:	Контактна особа від школи (ім'я, прізвище й посада):	Телефон:

### A. Отримання спеціальної освіти

<input type="checkbox"/> Відповідає критеріям, навчається за індивідуальним планом освіти (IEP) <input type="checkbox"/> Триває оцінювання <input type="checkbox"/> Потрібно направити <input type="checkbox"/> Відповідає критеріям, індивідуальний план освіти (IEP) на розгляді <input type="checkbox"/> Оцінювання виконане, не відповідає критеріям			
Обмеження можливостей:	Основне	Вторинне	Інше
Якщо дитині 16 років або більше, чи включений план переходу до індивідуального плану освіти (IEP)? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Адміністратор програми спеціальної освіти:			Телефон:
Опишіть все суттєве, що стосується когнітивного чи адаптивного функціонування:			

### B. Надання послуг за Розділом 504/EST

<input type="checkbox"/> План 504	<input type="checkbox"/> Потребує перенаправлення	Координатор 504:	Телефон:
<input type="checkbox"/> План EST	<input type="checkbox"/> Потребує перенаправлення до координатора EST:	Телефон:	

### D. Зарахування в освітні заклади: позначками вкажіть попередні, поточні й запропоновані освітні рішення.

Тип програми (позначте всі застосовні)	Попередня	Поточна	Запропонована
Загальноосвітній клас чи програма раннього втручання й навчання	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Загальноосвітній клас + підтримка в класі та/або допоміжні засоби	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Загальноосвітній клас + спеціалізоване навчання та/або інша підтримка поза класом (може включати спеціальну освіту для дітей раннього віку на базі школи, Head Start)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Окремий клас/альтернативна програма місцевого органу освіти (LEA) (може бути на території школи або за її межами)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Незалежна школа/програма денного догляду	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Особисте навчання/навчання в малих групах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Школа-інтернат	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Навчання вдома/в лікарні через неможливість їх покинути	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Домашнє навчання («домашня освіта»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ім'я та прізвище дитини/молодої людини: \_\_\_\_\_

Не навчається в школі — має свідоцтво про закінчення загальноосвітньої підготовки (GED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Не навчається в школі — кинув(-ла) навчання/відсторонений(-а)/виключений(-а)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інше (опишіть):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Опишіть запропоновану освітню програму (залежно від рішення групи IEP):</b>			

### VIII. Підтримка й послуги для дітей і родин

*Ця інформація стосується потреб дитини й надається родиною на добровільних засадах. Цей список призначений для генерування ідей щодо підтримки й послуг, які можуть бути корисними. Вона не має на меті бути всеохоплюючою або обмежувати творче та індивідуальне мислення.*

Послуги	Установа, що надає послуги, або запропонована установа, що надаватиме послуги	Попередня	Поточна	Запропонована й коли
Дошкільний заклад/позакласна програма		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Наставництво		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Оцінювання: <input type="checkbox"/> Психологічне <input type="checkbox"/> Медичне <input type="checkbox"/> Неврологічне <input type="checkbox"/> Зловживання психоактивними речовинами <input type="checkbox"/> Інше		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Корекція поведінки		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Ведення справи/координація послуг		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Перепочинок <input type="checkbox"/> Погодинно <input type="checkbox"/> Вночі		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Шкільний клініцист		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Психологічне консультування: <input type="checkbox"/> Сімейне <input type="checkbox"/> Індивідуальне <input type="checkbox"/> Групове		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Інтенсивні послуги для сімей		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Підтримка батьків на дому		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Медикаментозне лікування		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Розвиток навичок життя в громаді		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Лікування наркозалежності (для молоді)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Професійно-технічна підготовка/послуги з працевлаштування		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Ім'я та прізвище дитини/молодої людини: \_\_\_\_\_

Послуги	Установа, що надає послуги, або запропонована установа, що надаватиме послуги	Попередня	Поточна	Запропонована й коли
Послуги на дому та в громаді/послуги з розвитку («відмова»)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Послуги з особистої гігієни для дітей		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Високотехнологічні медсестринські послуги		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Підтримка після забезпечення тривалих умов для благополучного розвитку дитини та/або субсидія (допомога в разі всиновлення чи опікунства)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Планування сімейної безпеки/сімейна групова конференція		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Пільги за програмою «Додатковий дохід за соціальним забезпеченням» (SSI)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Транспортування		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Послуги з протидії насильству в сім'ї		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Інше (опишіть):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Інше (опишіть):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Інше (опишіть):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Інше (опишіть):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Інше (опишіть):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

### ІХ. Проактивний антикризовий план

*Групам настійно рекомендується розробити проактивний антикризовий план на випадок, якщо дитина або молода людина є вразливою за станом здоров'я, коли-небудь була госпіталізована в психіатричну лікарню або демонструє ризиковану чи небезпечну поведінку. Ви можете додати наявні узгоджені документи щодо плану корекції поведінки або плану безпеки, які відповідають потребам у різних середовищах.*

1. Потрібен кризовий план <input type="checkbox"/> Так. Якщо так, дайте відповіді на запитання 2–8 нижче <input type="checkbox"/> Ні. Якщо ні, то чому?
2. Як виглядає криза?

3. Які тригери/стресори можуть призвести до кризи?
4. Які стратегії подолання кризових ситуацій можна використати, щоб запобігти кризі? (Опишіть навички та стратегії, необхідні для запобігання, зменшення або деескалації кризи).
5. Які стратегії дитина й інші можуть використовувати під час кризи, щоб забезпечити безпеку та сприяти деескалації?
6. Хто є ключовими особами, з якими слід зв'язуватися, і коли?
7. Що НЕ варто робити під час кризи?
8. Коли слід залучати поліцію, спеціалістів із психічного здоров'я та/або лікарню?
<b><i>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ: можуть виникнути особливі або незвичні обставини, через які повнолітні, які несуть відповідальність, повинні будуть змінити план.</i></b>

## **X. Подальший контроль і наступні кроки**

<b>Дата й час проведення засідання CSP в рамках подальшого контролю:</b>
<b>Наступні кроки й відповідальні особи</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li></ul>

***Важливе зауваження: будь-який член групи CSP, включаючи батьків, може звернутися до своєї місцевої міжвідомчої групи, якщо групі потрібна додаткова підтримка, ідеї та/або пропозиції щодо додаткових послуг і підтримки.***

## **Процес подання апеляції**

Більшість груп підготовки планів координованого надання послуг здатні писати й успішно впроваджувати такі плани для дітей чи молоді. Іноді групам може знадобитися звернутися до місцевої міжвідомчої групи (LIT) за технічною допомогою, консультацією або задля урегулювання суперечок. Іноді в LIT може виникати потреба звернутися до міжвідомчої групи штату (SIT) за технічною допомогою, консультацією або задля урегулювання суперечок. Батьки, як члени групи підготовки плану координованого надання послуг, можуть звертатися до LIT або SIT задля урегулювання суперечок.

***ЗВЕРНІТЬ УВАГУ: якщо у батьків виникла суперечка щодо надання послуг, а не координування послуг, він/вона повинні скористатися відповідними механізмами врегулювання суперечок, зазначеними в розділі C далі.***

### **A. Закон 264 «Процедура оскарження щодо координування послуг»**

Місцева установа, постачальник послуг або один із батьків у групі можуть подати скаргу щодо координування дій між установами згідно із Законом 264 й відповідними положеннями Міжвідомчої угоди.



Скаргу можна подавати, якщо ані місцева міжвідомча група, ані міжвідомча група штату не змогли урегулювати суперечку. Міжвідомча група штату повинна інформувати місцеву установу, постачальника(-ів) послуг і одного чи обох батьків про їхнє право подавати скарги, а також надати ім'я, прізвище/назву й адресу для подання скарги.

Процес оскарження складається зі слухання відповідно до Глави 25 Розділу 3. Слухання проводиться відповідною посадовою особою, призначеною Департаментом соціального забезпечення й Департаментом освіти. На основі доказів, представлених під час слухання, посадова особа, яка проводить слухання, надає департаменту й уповноваженому письмові висновки та пропозиції щодо прийняття рішення. Департамент соціального забезпечення й Департамент освіти можуть затверджувати, скасовувати або змінювати пропозиції щодо прийняття рішення. Усі сторони отримують остаточне рішення в письмовому вигляді від секретарів.

**В. Процес оскарження щодо питань оплати й відшкодування між установами**

Якщо неосвітня установа не надає або не оплачує послуги, за які вона несе відповідальність і які також вважаються спеціальною освітою та пов'язаними з нею послугами, шкільний округ (або установа рівня штату, відповідальна за розробку індивідуального плану освіти дитини [IEP]) зобов'язаний своєчасно надати ці послуги дитині або оплатити їх. Шкільний округ (або установа рівня штату, відповідальна як освітня установа) може потім вимагати відшкодування за послуги від неосвітньої установи, яка була відповідальною і не змогла надати або оплатити ці послуги. Процедури, викладені в Міжвідомчій угоді від червня 2005 року, застосовуються до заяв про відшкодування між установами.

**С. Інші процедури подання апеляцій і скарг, доступні для батьків**

Окрім можливості подати апеляцію щодо скоординованості послуг відповідно до Закону 264, батьки мають право на застосування інших процедур подання апеляцій і скарг залежно від характеру послуги та претензії. Ці процедури подання апеляцій і скарг можуть включати, серед інших, наступні:

- Претензії батьків щодо надання належної безплатної державної освіти й інших прав, передбачених у розділі про осіб із обмеженими можливостями Закону про освіту: звертайтеся до Департаменту освіти за номером (802) 479-1255.
- Батьки й діти мають право подавати апеляції, пов'язані з покриттям Medicaid, та/або апеляції, пов'язані з тим, чи має дитина право на Medicaid: Звертайтеся до біржі медичного страхування Vermont Health Connect у центр підтримки клієнтів Green Mountain Care Customer Support Center за телефоном 1-800-250- 8437 або 1-888-834-7898 (TDD/TTY).
- Скарги або претензії щодо роботи персоналу або якості програм: звертайтеся до наглядового органу, відповідального за надання послуг.

**Розкриття інформації міжвідомчій групі для розгляду плану координованого надання послуг**

**Цей дозвіл повинен бути підписаний батьком/матір'ю, якщо дитина направляється до місцевої міжвідомчої групи, комітету з розгляду справ або міжвідомчої групи штату.**

Ім'я та прізвище дитини/молодої людини	Фасилітатор

Більшість планів координованого надання послуг (CSP) виконуються. Однак, якщо група CSP не погоджується з планом, вона може звернутися по допомогу до місцевої міжвідомчої групи (LIT). Якщо LIT не може розробити план, з яким усі погодяться, можна звернутися по допомогу до міжвідомчої групи штату (SIT). Якщо група CSP розглядає можливість комплексного чи інтернатного догляду, група CSP повинна звернутися до комітету з розгляду справ (CRC) з проханням розглянути таку можливість.

Ім'я та прізвище дитини/молодої людини: \_\_\_\_\_

Я даю згоду на розголошення відповідної інформації, зокрема плану координованого надання послуг (CSP): місцевій міжвідомчій групі (LIT), міжвідомчій групі штату (SIT) та/або комітету з розгляду справ (CRC).

Я розумію, що:

- Інформація про мою дитину включає записи про освітню, психологічну, соціальну історію, медичні огляди й послуги, надані моїй дитині. Інформація про мою дитину також включає її CSP.
- Інформація про мою дитину буде передана місцевій міжвідомчій групі (LIT), міжвідомчій групі штату (SIT) та/або комітету з розгляду справ (CRC), щоб вони могли (1) переглянути CSP моєї дитини та/або (2) розглянути запит про інтенсивний комплексний догляд або догляд в інтернатному закладі.
- Я можу переглянути або отримати копію інформації про мою дитину, яка надається місцевій міжвідомчій групі (LIT), міжвідомчій групі штату (SIT) та/або комітету з розгляду справ (CRC), написавши лист фасилітатору.
- Члени місцевої міжвідомчої групи (LIT), міжвідомчої групи штату (SIT) та/або комітету з розгляду справ (CRC) знають, що інформація про мою дитину є конфіденційною, і вони не будуть передавати інформацію про мою дитину іншим особам без моєї попередньої письмової згоди, крім випадків, коли закон вимагає, щоб така інформація була передана.
- Ця форма згоди втрачає чинність за один рік із дати її підписання мною.
- Я можу відкликати свою згоду в будь-який час, написавши листа фасилітатору, за винятком випадків, коли місцева міжвідомча група (LIT), міжвідомча група штату (SIT) та/або комітет із розгляду справ (CRC) вже використали цю інформацію.
- Якщо я не даю згоди, місцева міжвідомча група (LIT), міжвідомча група штату (SIT) та/або комітет із розгляду справ (CRC) не можуть (1) переглянути CSP моєї дитини або (2) розглянути запит про інтенсивний комплексний догляд або догляд у інтернатному закладу.
- Якщо я не дам згоди, поточні пільги й послуги, що надаються моїй дитині, не будуть змінені.
- Я отримаю примірник цієї форми згоди після того, як підпишу її.
- Загальна інформація про корисність процесу планування координованого надання послуг збирається міжвідомчою групою штату. У ході цієї роботи може використовуватися інформація з документів про направлення моєї дитини, але вона буде такою, що не дозволяє встановити особу моєї дитини чи родину.

<b>Я бажаю поговорити з представником батьків моєї місцевої міжвідомчої групи чи міжвідомчої групи штату перед засіданням місцевої міжвідомчої групи (LIT), міжвідомчої групи штату (SIT) та/або комітету з розгляду справ (CRC).</b>			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
	<b>Ім'я та прізвище друківаними літерами</b>	<b>Підпис</b>	<b>Дата</b>
Батько/мати/опікун			
Свідок			
Особа, яка заміняє одного з батьків щодо освітніх питань (якщо застосовно)			

### Додатковий розділ:

#### Передача справи на розгляд комітету з розгляду справ

*На додаток до пакету CSP, цей розділ обов'язково заповнюється, якщо справа передається в комітет із розгляду справ для розгляду питання про переведення в інтернатний заклад.*

Комітет із розгляду справ (CRC) був створений міжвідомчою групою штату (SIT) з метою співпраці з місцевими групами для розробки відповідних планів координованого надання послуг для дітей. Комітет із розгляду справ (CRC) зобов'язується надавати послуги дітям і підліткам із тяжкими емоційними розладами й іншими обмеженнями можливостей, як визначено в Міжвідомчій угоді Департаменту освіти/Департаменту соціального забезпечення, в найменш обмежувальних умовах, що відповідають їхнім потребам. Міжвідомча група штату (SIT) й комітет із розгляду справ (CRC) вважають, що, якщо це можливо, діти повинні отримувати послуги в їхніх власних громадах. Інтенсивне лікування в інтернатному закладі слід застосовувати лише тоді, коли це необхідно для задоволення індивідуальних потреб дитини.

Комітет із розгляду справ (CRC) був створений як підкомітет міжвідомчої групи штату для досягнення двох цілей **із застосуванням узгоджених критеріїв**:

1. Надавати допомогу місцевим групам у визначенні, розробці менш обмежувальних альтернатив лікування та/або забезпеченні доступу до них.
2. Якщо менш обмежувальні альтернативи не підходять, підібрати найбільш відповідний дитині інтернатний лікувальний заклад.

Повний текст керівних принципів комітету з розгляду справ (CRC) можна знайти на вебсайті IFS за адресою <http://ifs.vermont.gov/docs/sit>.

#### Запитання щодо направлення до інтернатного закладу

*На наведені далі запитання має відповісти група CSP або місцева міжвідомча група, залежно від того, яка з них передає справу на розгляд комітету з розгляду справ.*

Важлива інформація
<p>Якщо подається заява про надання послуг інтернатного закладу й дитину було всиновлено, чи знає відділ усиновлення DCF про те, що родина подає заяву про надання послуг інтернатного закладу?</p> <p><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p style="text-align: center;"><i>Зауважте: родина зобов'язана повідомити Відділ з усиновлення про таку зміну місця проживання дитини/молодої людини.</i></p>
<p>Якщо дитина/молода людина перебуває під опікою DCF:</p> <p>У якому місті проживав один із батьків чи обоє батьків на момент передачі в опіку?</p> <p>Чи відбулося позбавлення батьківських прав (TPR)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p style="text-align: center;"><i>Якщо так, то місто проживання батьків на момент TPR:</i></p>
<p>Особи, які мають повноваження приймати медичні й освітні рішення:</p>
<p>Якщо дитина/молода людина має комерційну страховку, вкажіть, що здійснювалося звернення до страхової компанії, щоб з'ясувати, чи пропонує вона пільгу на покриття лікування в інтернатному закладі.</p> <p><input type="checkbox"/> Так, пропонує <input type="checkbox"/> Ні, не пропонує</p>
<p><b>Фактори ризику</b> (позначте всі застосовні)</p> <p>Доведена жертва: <input type="checkbox"/> Фізичного насильства <input type="checkbox"/> Недбалого ставлення <input type="checkbox"/> Сексуального насильства</p> <p><input type="checkbox"/> Емоційного насильства</p>

- Винесено вирок через порушення сексуального характеру  Винесено вирок за вчинення сексуального насильства
- Інший вирок (опишіть):
- Інші фактори ризику (опишіть):
- Участь у торгівлі людьми в минулому
- Жертва домашнього насильства в минулому/в теперішньому  Інший травматичний досвід:

**1. Які перепони перешкоджають задоволенню потреб дитини/молодої людини в громаді?**

**2. Дайте відповідь на ОДНЕ з наступних запитань: якщо ви просите провести оцінювання, дайте відповідь на запитання (а); якщо ви просите лікування в інтернатному закладі, дайте відповідь на запитання (б).**

а. Якщо ви просите провести оцінювання, на які клінічні та/або освітні запитання ви хотіли б отримати відповідь?

б. Якщо ви просите про лікування в інтернатному закладі, які цілі ви ставите для цього рівня інтенсивного втручання? Які цілі має родина та/або дитина/молода людина?

**3. Як виглядатиме залучення батька/матері/родичів під час догляду в інтернатному закладі?**

**4. Розкажіть про всі очікувані труднощі, пов'язані із залученням батьків/родичів до лікування.**

**5. Чи є рекомендації щодо послуг вдома, поки дитина/молода людина перебуває на лікуванні? Якщо так, опишіть.**

**6. Як група отримує інформацію про наявність прогресу? Яких результатів вони очікують?**

Ім'я та прізвище дитини/молодої людини: \_\_\_\_\_

**7. Що містить план виписки/реінтеграції в громаду?**

**Життєва ситуація дитини/молодої людини**

*Позначте поля, що відповідають минулій, поточній і пропонованій життєвій ситуації молоді людини та її місце перебування, а також вкажіть дати в рядках.*

<b>Введіть (позначте всі застосовні пункти та вкажіть дати).</b>	<b>Попередня</b>	<b>Поточна</b>	<b>Запропонована</b>
Самостійне життя	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Два піклувальники (принаймні один біологічний)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Тільки один із біологічних батьків (без партнера)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Спільне виховання	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Прийомна сім'я	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Родичі/повнолітні, які не отримують плати	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Патронатна опіка	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Терапевтична патронатна опіка	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Інтернат	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Тимчасовий притулок	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Оцінювання за програмою інтернатного лікування	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Інтернатне лікування — довгострокове (не пов'язане з наркотиками/алкоголем)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Програма інтернатного лікування наркоманії/алкоголізму	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Терапевтичний госпіталь	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Психіатрична лікарня	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Заклад для неповнолітніх із посиленою охороною	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Виправний заклад	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Альтернативи утриманню під вартою	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Ніде жити	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Інше (опишіть):	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Інше (опишіть):	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<b>Опишіть запропоновану житлову ситуацію:</b>			

Ім'я та прізвище дитини/молодої людини: \_\_\_\_\_

## Сторінка з підписами щодо направлення до інтернатного закладу

**Підпис батька/матері/опікуна: завжди обов'язково.**

Ім'я, прізвище, посада й номер телефону	Підпис	Дата	Направлення до інтернатного закладу	
			Погоджуюся	Не погоджуюся
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Підпис керівника навчального закладу: якщо дитина навчається за індивідуальним планом освіти (ІЕР), потрібен підпис директора програми спеціальної освіти. Якщо дитина не навчається за індивідуальним планом освіти (ІЕР) (тобто дитина навчається за планом 504, планом EST або у звичайній школі), потрібен підпис директора школи або директора програми спеціальної освіти (як визначено місцевими процедурами).**

Ім'я, прізвище, посада й номер телефону	Підпис	Дата	Направлення до інтернатного закладу	
			Погоджуюся	Не погоджуюся
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Підпис директора районного відділу служби в справах сімей: Якщо дитина/молода людина перебуває під опікою уповноваженого відділу у справах дітей та сім'ї, цей підпис є обов'язковим.**

Ім'я, прізвище, посада й номер телефону	Підпис	Дата	Направлення до інтернатного закладу	
			Погоджуюся	Не погоджуюся
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Підпис директора або уповноваженого керівника служби охорони психічного здоров'я дітей у громаді: завжди обов'язково.**

Ім'я, прізвище, посада й номер телефону	Підпис	Дата	Направлення до інтернатного закладу	
			Погоджуюся	Не погоджуюся
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Підписи інших членів групи:**

Ім'я, прізвище, посада й номер телефону	Підпис	Дата	Направлення до інтернатного закладу	
			Погоджуюся	Не погоджуюся
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>