

समन्वित सेवाहरूको योजना (CSP)



मानव सेवा एजेन्सी तथा शिक्षा एजेन्सी



जनवरी 2022 मा संशोधित

महत्त्वपूर्ण नोट: यो CSP प्रक्रिया विशेष सेवाहरूका लागि नभएर समन्वय सेवाहरू लिएका परिवारहरूका लागि हो। विशेष सेवा र/वा नियुक्तिहरूका लागि अनुमोदन गर्नु भनेको उचित रूपमा संलग्न भएका एजेन्सी वा एजेन्सीहरूको जिम्मेवारी हो। यस योजनाका कम्पोनेन्टहरू कार्यान्वयन गर्दा स्थापित अनुमोदन प्रक्रियाहरू पालना गरेको हुनु पर्छ।

विषयसूची

समन्वित सेवाहरूको योजनाको मार्गनिर्देशन _____	3
समन्वित सेवाहरूको योजना भनेको के हो? _____	3
योग्यता निर्धारण र समन्वित सेवाहरूको योजनाका लागि सहमति _____	5
जानकारी खुलासा गर्न सहमति _____	6
I. बच्चा/युवा र परिवारका जानकारी _____	7
I. रेफरल गर्नुको कारण: _____	10
II. सहजकर्ता(हरू) को बैठक _____	10
III. CSP टिमका सहभागीहरू _____	10
IV. सामाजिक सम्बन्धहरू: मेरो लागि आफू र आफ्नो परिवारमा को महत्त्वपूर्ण छ? _____	11
V. निवासका कारक र आवश्यकताहरू: म (बच्चा/युवा) र मेरो परिवारका बारेमा के कुरा थाहा पाउन महत्त्वपूर्ण छ? _____	12
VI. व्यवहारात्मक चिन्ताहरू _____	13
VII. बच्चा/युवाको शैक्षिक स्थिति _____	13
VIII. बालबालिका र परिवारका लागि सहायता र सेवाहरू _____	15
IX. अग्रसक्रिय सङ्कट योजना _____	16
X. फलो-अप र अर्को चरणहरू _____	17
अपीलको प्रक्रिया _____	18
अन्तर-एजेन्सी टोलीलाई जानकारीको खुलासा समन्वित सेवा योजनाको समीक्षा _____	19
मुद्दा समीक्षा समितिमा रेफरल _____	20
आवासीय रेफरलसम्बन्धी प्रश्नहरू _____	20

समन्वित सेवाहरूको योजनाको मार्गनिर्देशन

टोली र सहजकर्ताको प्रयोजनका लागि।

CSP हरूका बारेमा अतिरिक्त मार्गनिर्देशनका लागि कृपया यहाँ रहेको सहजकर्ताको मार्गनिर्देशन हेर्नुहोस्:

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



समन्वित सेवाहरूको योजना भनेको के हो?

समन्वित सेवाहरूको योजना भनेको एकभन्दा बढी एजेन्सीहरूबाट सेवा चाहिने बच्चा/युवाको टोलीद्वारा निर्माण गरिएको लिखित योजना हो। यो बालबालिकाका आफ्नै परिवारभित्रका वा घरबाहिरका स्थान नियोजन र विद्यालय र समुदायका आवश्यकताहरू पूरा गर्न बनाइएको हो। (ऐन 264 वैधानिक भाषाबाट ल्याइएको)

सन् 2005 मा अतिरिक्त **एजेन्सीबीचको सम्झौता** सिर्जना गरिएको थियो। यसलाई ऐन 264 विस्तार गरियो। यो सम्झौताले “योग्य बालबालिका र युवाले शिक्षाका प्रतिनिधि, मानव सेवाको एजेन्सीको उपयुक्त विभाग, आमाबुवा वा अभिभावक र परिवारसँग जोडिएको प्राकृतिक समर्थनहरूसहित सेवा समन्वय टोलीद्वारा निर्माण गरिएको समन्वित सेवाहरूको योजना प्राप्त गर्ने अधिकार छ” भनी उल्लेख गर्छ। समन्वित सेवा योजनामा वैयक्तिक शिक्षा योजनाहरू (IEP) का साथै मानव सेवा उपचार योजना वा सहयोगताका व्यक्तिगत योजनाहरू समावेश छन् र सबै कम्पोनेन्ट मिल्दो लक्ष्यहरूमा काम गरिरहेका छन्, प्रगति अनुगमन गरिएको छ र स्रोतहरू प्रभावकारी रूपमा प्रयोग भइरहेको छ भनी सुनिश्चित गर्न व्यवस्थित गरिएको छ।

सहजकर्ता(हरू) का लागि CSP चेकलिस्ट

I. CSP का लागि के आवश्यक छ?

- योग्यता निर्धारणका लागि आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षरको सहमति लिने
- आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर सूचना जारी गर्ने
- आमाबुवाको प्रतिनिधि को हो भनेर व्याख्या गर्ने र आमाबुवा कोही व्यक्तिबाट तपाईंको क्षेत्र समर्थन गर्ने कुरा सुन्न इच्छुक हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भनी सोध्ने
- आवासीय रेफरलहरूका लागि पूरक खण्डसम्म सबै CSP खण्ड भर्ने
- बैठक अन्त्यमा वा समयमै परिवारलाई CSP को प्रतिलिपि उपलब्ध गराउने
- परिवारलाई अपील प्रक्रिया उपलब्ध गराउने

II. स्थानीय इन्टरएजेन्सीको टोलीलाई रेफरलका लागि के आवश्यक छ?

- योग्यता निर्धारणका लागि आमाबुवा/अभिभावकले हस्ताक्षर गरेको सहमति फरवार्ड गर्नुहोस्
- इन्टरएजेन्सी टोली समीक्षा गर्नका लागि आमाबुवा/अभिभावकले हस्ताक्षर गरेको खुलासा
- आमाबुवाको प्रतिनिधि को हो भनेर व्याख्या गर्ने र आमाबुवा कोही व्यक्तिबाट तपाईंको क्षेत्र समर्थन गर्ने कुरा सुन्न इच्छुक हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भनी सोध्ने
- IAT का मुख्य व्यक्तिहरू बैठकमा हुने छन् भन्ने सुनिश्चित गर्ने र बैठकमा परिवारका लागि भारी हुने धेरै पेशेवरहरू छैनन् भनी सुनिश्चित गर्ने
- टोली बैठकमा पूरा हुने CSP

III. मुद्दा समीक्षा समितिलाई रेफरलका लागि के आवश्यक छ?

- योग्यता निर्धारणका लागि सहमतिमा हस्ताक्षर गर्न आमाबुवा/अभिभावकलाई फरवार्ड गर्ने
- इन्टरएजेन्सी टोली समीक्षा गर्नका लागि जानकारीको खुलासामा हस्ताक्षर गर्न आमाबुवा/अभिभावकलाई फरवार्ड गर्ने
- चिकित्सा र शैक्षिक निर्णय-निर्धारणका लागि प्रशासनको दस्तावेज -- DCF संरक्षणमा नभएका बालबालिका/युवाहरूका लागि, प्याकेटमा चिकित्सा र शैक्षिक निर्णय गर्ने अधिकार कोसँग छ भन्ने कुरा कागजातमा समावेश हुनु पर्छ। यो CSP मा आमाबुवाले हस्ताक्षर गरेर वा अदालतले स्वीकृत दिएको संरक्षक आदेश, सम्बन्धविच्छेद सम्झौता वा दत्तकग्रहण आदेशहरूबाट एकमात्र निर्णय गर्ने अधिकारको दस्तावेजहरूमाफत प्रदान गर्न सकिन्छ।
- अवस्था (के काम गरेको छ र के गरेको छैन), प्रदान गरिएका सेवा र उच्च स्तरको उपचारको टोलीका लक्ष्य र अपेक्षाहरू के हुन् भन्ने बारेमा विस्तृत सारांशका साथ CRC प्रतिनिधिका लागि कभर लेटर।
- आमाबुवाको प्रतिनिधि को हो भनेर व्याख्या गर्ने र आमाबुवा कोही व्यक्तिबाट तपाईंको क्षेत्र समर्थन गर्ने कुरा सुन्न इच्छुक हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भनी सोध्ने
- आवासीय रेफरलका लागि CSP रपूरक खण्ड पठाउनुहोस्
- आवासीय रेफरल हस्ताक्षर पेज
- विगत 3 महिनाभित्र पूरा गरिएको CANS मूल्याङ्कन (फुल स्कोर शिट आवश्यक छ)
- मनोवैज्ञानिक वा मनोचिकित्सक जस्ता आङ्कलन र मूल्याङ्कनहरू
- लागूयोग्य भएमा हालको IEP, 504 वा EST योजना
- औषधिको सूचीसहित सम्बन्धित मेडिकल रेकर्डहरू
- अघिल्ला स्थान नियोजनको डिस्चार्जका सारांशहरू
- DCF को संरक्षणमा छ भने सबैभन्दा हालको स्वभाव, केस योजना र IV-E योग्यता (DCF 201R)
- Medicaid कार्ड वा Medicaid नम्बरको प्रतिलिपि
- निजी बीमाका बीमा कभरेजले आवासीय उपचार कभर गर्दैन भन्ने कुरासँग सम्बन्धित निजी बीमाबाट प्राप्त दस्तावेज।
- CRC लाई रेफरल गर्ने एजेन्सी पहिचान गर्नुहोस्

IV. राज्य इन्टरएजेन्सी टोलीमा रेफरलका लागि के आवश्यक छ?

- योग्यता निर्धारणका लागि पहिला आमाबुवा/अभिभावकले सहमतिमा हस्ताक्षर गर्नु पर्छ
- इन्टरएजेन्सी टोली समीक्षा गर्नका लागि हस्ताक्षर गरिएको जानकारीको खुलासा आमाबुवा/अभिभावकलाई फरवार्ड गर्ने
- अभिभावक प्रतिनिधि भनेको के हो भनी व्याख्या गर्नुहोस् र अभिभावक SA सदस्य भएका अभिभावक प्रतिनिधिबाट जानकारी सुन्न इच्छुक हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भनी सोध्नुहोस्
- आमाबुवा/अभिभावकलाई SA पारिवारिक मार्गदर्शक उपलब्ध गराउने
- SA संयोजकका लागि कभर लेटरमा अवस्थाको सङ्केप र स्थानीय इन्टरएजेन्सी टोलीले SA लाई जवाफ दिन चाहेका प्रश्नहरू
- CSP प्याकेटको पूरक सेक्सनसम्म पूरा गरिएको CSP

योग्यता निर्धारण र समन्वित सेवाहरूको योजनाका लागि सहमति

बच्चा/युवाको नाम	सहजकर्ता
------------------	----------

समन्वित सेवाहरूको योजना (CSP) भनेको बालबालिका र युवालाई उनीहरूका आशा र लक्ष्यहरू महसुस गर्न मद्दतका लागि चरणहरूका श्रृङ्खला पालना गर्ने प्रक्रिया हो। बच्चा वा युवाको जीवनका मानिसहरूले बच्चा वा युवालाई आवश्यक सेवा र सहायताहरू दुवै सँगसँगै दिनका लागि योजना विकास गर्न टोलीका रूपमा काम गर्छन्। म अभिभावकका रूपमा म CSP टोलीको एउटा सदस्य हुँ भन्ने कुरा बुझ्छु।

मैले आफ्नो बच्चा CSP का लागि योग्य छ कि छैन भनी निर्धारण गर्ने प्रक्रिया सुरु गर्न आफ्नो सहमति दिएँ। सामान्यतया योग्यता भनेको जानकारी सङ्कलन गरेपछि र निश्चित एजेन्सी वा विभागहरू बालबालिका/युवाहरूसँग कसरी संलग्न छन् भन्ने बारेमा समीक्षा गर्ने प्रारम्भिक CSP बैठकको भाग हो।

मेरो बच्चा CSP का लागि योग्य भएमा म CSP टोलीलाई समन्वित सेवाहरूको योजना विकास गर्न सहमति दिन्छु।

म यी कुराहरू बुझ्दछु:

- मैले *जानकारी प्रकाशनका लागि सहमति* फाराममा पनि हस्ताक्षर गर्नु पर्छ। *जानकारी प्रकाशनका लागि सहमति* ले सहजकर्तालाई मेरो बच्चाको जानकारी CSP टोलीसँग सेयर गर्न दिने छ।
- सहजकर्ताले मलाई हस्ताक्षर गरिएको फाराम प्राप्त गरेको 30 भित्रमा र मेरो बच्चा योग्य छ कि छैन भनी *जानकारीका लागि सहमति दिन* हस्ताक्षर गरिएको फारामका बारेमा थाहा दिनु हुने छ।
- समन्वित सेवाहरूको योजना प्रक्रियामा सहजकर्ताले सङ्कलन गर्ने अभिलेखहरू गोप्य हुन्छन्। सहजकर्ताले यी अभिलेखहरू पहिला कानुनले जानकारी सेयर गरिनुपर्छ नभनेसम्म मेरो लिखित सहमतिविना अन्य व्यक्तिसँग सेयर गर्ने छैनन्।
- मैले सहजकर्तालाई निवेदन लेखेर सेयर गरिएका जानकारी हेर्न वा जानकारीको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न सक्छु।
- मैले यो सहमति फाराममा हस्ताक्षर गरेपछि मलाई यसको प्रतिलिपि दिइने छ।
- मैले आफ्नो सहमति दिइँ भने सहजकर्ताले मेरो बच्चा CSP का लागि योग्य छ कि छैन भनी निर्धारण गर्न सक्नुहुन्न र CSP विकास गर्न सक्दैनन्।
- मैले आफ्नो सहमति दिइँ भने यसले मेरो बच्चाको तत्कालका लाभ र सेवाहरूमा असर गर्ने छैन।

	स्पष्ट अक्षरमा लेखिएको नाम	हस्ताक्षर	मिति
आमाबुवा / अभिभावक			
साक्षी			
शैक्षिक प्रतिनिधि अभिभावक (लागूयोग्य भएमा)			

जानकारी खुलासा गर्न सहमति

बच्चा/युवाको नाम	सहजकर्ता
------------------	----------

म समन्वित सेवा योजना टोली (CSP टोली) लाई मेरो बच्चाका बारेमा जानकारी सेयर गर्न सहमत छु। म अभिभावकका रूपमा म CSP टोलीको एउटा सदस्य हुँ भन्ने कुरा बुझ्छु।

म यी कुराहरू बुझ्छु:

- मेरो बच्चालाई दिइने शैक्षिक, मानसिक, सामाजिक इतिहास, चिकित्सा मूल्याङ्कन र सेवाहरूका रेकर्डहरूलगायत मेरो बच्चाको जानकारी।
- मेरो बच्चाको जानकारी CSP टोली र मेरो बच्चाको प्राथमिक हेरचाह प्रदायकसँग सेयर गरिने छ। यसले गर्दा टोलीले मेरो बच्चा CSP का लागि योग्य छ वा छैन भनी निर्धारण गर्न सक्छ र यसो भयो भने टोलीले मेरो बच्चाका लागि CSP विकास र कार्यान्वयन गर्न सक्छन्।
- म आफ्नो बच्चाका बारेमा सहजकर्तालाई निवेदन लेखेर CSP टोलीसँग सेयर गरिएका जानकारी हेर्न वा जानकारीको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न सक्छु।
- CSP टोलीलाई मेरो बच्चाको जानकारी गोप्य छ भन्ने कुरा थाहा छ। कानूनले सेयर गर्न नभनेसम्म टोलीले मेरो लिखित सहमतिविना अन्य व्यक्तिसँग मेरो बच्चाका बारेमा जानकारी सेयर गर्ने छैन।
- मैले मेरो सहमति सहजकर्तालाई निवेदन लेखेर CSP टोलीका लागि पहिले नै जानकारी प्रयोग गर्दाबाहेक कुनै पनि समयमा फिर्ता लिन सक्छु।
- मैले मेरो सहमति दिइँ भने CSP टोलीले मेरो बच्चा CSP का लागि योग्य छ कि छैन र मेरो बच्चाले CSP पाउने छैन भनेर निर्धारण गर्न सक्दैनन्।
- मैले आफ्नो सहमति दिइँ भने यसले मेरो बच्चाको तत्कालका लाभ र सेवाहरूमा असर गर्ने छैन।
- मैले यो सहमति फाराममा हस्ताक्षर गरेपछि मलाई यसको प्रतिलिपि दिइने छ।
- समन्वित सेवा योजनाको प्रक्रियाको उपयोगिताका बारेमा सामान्य जानकारी राज्य अन्तर-एजेन्सी टोलीद्वारा सङ्कलन गरिएको छ। मेरो बच्चाको CSP बाट जानकारी यस प्रयासमा प्रयोग गर्न सकिन्छ तर मेरो बच्चा र परिवारको जानकारी पहिचान गरिने छैन।

यो सहमति फारमको म्याद मैले हस्ताक्षर गरेको मितिदेखि एक वर्षमा समाप्त हुन्छ।

<p>मैले समन्वित सेवा योजना बैठक बसुअघि मेरो स्थानीय अन्तर एजेन्सी टोलीको अभिभावक प्रतिनिधिसँग कुरा गर्न चाहन्छु।</p> <p>ऐन 264 र समन्वित सेवा योजनाका बारेमा थप जानकारी फेला पार्नका लागि तपाईं www.act264.vt.gov मा जान सक्नुहुन्छ।</p>	<p><input type="checkbox"/> हो</p> <p><input type="checkbox"/> होइन</p>
---	---

	स्पष्ट अक्षरमा लेखिएको नाम	हस्ताक्षर	मिति
आमाबुवा / अभिभावक			
साक्षी			
शैक्षिक प्रतिनिधि अभिभावक (लागूयोग्य भएमा)			

परिवारसँग CSP गर्नुअघि नै खण्ड । भर्नु पर्छ**I. बच्चा/युवा र परिवारका जानकारी**

बच्चा/युवाको नाम:	जन्म दिनमा तोकिएको लैङ्गिक जानकारी: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला लैङ्गिक पहिचान (ऐच्छिक):
जन्म मिति: उमेर:	यी मध्ये कुन चाहींले परिवारले पहिचान गरिएको बच्चा/युवालाई वर्णन गर्छ (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्): <input type="checkbox"/> अबेनाकी <input type="checkbox"/> अलास्का निवासी <input type="checkbox"/> अमेरिकी भारतीय <input type="checkbox"/> एसियन <input type="checkbox"/> काला/अफ्रिकी अमेरिकी <input type="checkbox"/> मध्य पूर्वी वा उत्तर अफ्रिकी <input type="checkbox"/> हवाई निवासी/अन्य प्यासिफिक द्वीपवासी <input type="checkbox"/> हिस्पानिक, ल्याटिनो वा स्पेनिस <input type="checkbox"/> गोरा <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> रिपोर्ट नगरिएको/उत्तर नदिने छनोट
यस बच्चा/युवाको संरक्षणमा रहेका व्यक्तिहरूको नाम (हरू): <i>साथै, निर्णय गर्ने अधिकार भएको व्यक्तिले संरक्षणमा आदेश रूपरेखा उपलब्ध गराउन आवश्यक हुने कागजात सूची हेर्नुहोस् (भौतिक संरक्षण र/वा चिकित्सा निर्णय लिने)।</i>	
अभिभावकको नाम:	भौतिक ठेगाना: पत्राचारको ठेगाना: फोन: इमेल:
अभिभावकको नाम:	भौतिक ठेगाना: माथिकै समान <input type="checkbox"/> पत्राचारको ठेगाना: फोन: इमेल:
कानुनी अभिभावक (लागूयोग्य भएमा)	ठेगाना: फोन:
शैक्षिक प्रतिनिधि अभिभावक (लागूयोग्य भएमा):	ठेगाना: फोन:
हालका हेरचाहकर्ताको नाम (हरू) र सम्पर्कसम्बन्धी जानकारी (माथिकोभन्दा फरक भएमा):	

DCF सँग संलग्न हुनुहुन्छ भने, कृपया खण्ड E भर्नुहोस्।**A. व्यवहारात्मक र मानसिक स्वास्थ्य**

DSM-5 निदान	ICD कोड	मिति	उपलब्ध गराउने
1			
2			
3			
4			

हाल सेवन गरिएका औषधिहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्:

B. चिकित्सासम्बन्धी जानकारी

प्राथमिक हेरचाह चिकित्सक:		
चिकित्सा समस्या वा निदान	मिति	प्रदायक
1		
2		
3		

हाल सेवन गरिएका औषधिहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्:

के यो बच्चा/युवा विकासात्मक असक्षमता सेवाहरूका लागि योग्य भएको पाइएको छ?

 योग्य; सेवाहरू प्राप्त गर्ने योग्य; मूल्याङ्कन प्रक्रियामा रहेको बाँकी सेवाहरू मूल्याङ्कन गरिएको; अयोग्य भेटिएको सन्दर्भ गर्न आवश्यक छ

हो भने योग्यताको वर्ष: _____ निर्धारणको निर्णय गर्ने तोकिएको एजेन्सी: _____

C. स्वास्थ्य बीमाबच्चा/युवासँग स्वास्थ्य बीमा छ? होइन हो Medicaid - नम्बर: _____ तेस्रो पक्ष/कमर्सियल - क्यारियर र नम्बर: _____**D. दत्तकग्रहणको स्थिति**बच्चा/युवालार्ई दत्तकग्रहण गरिएको थियो? हो होइन विचाराधीन

बच्वालार्ई दत्तकग्रहण गरिएको बेला बच्चा कति वर्षका थिए? _____

E. DCF को संलग्नता

लागूयोग्य भएका सबै भर्नुहोस्।	
के बच्चा/युवा DCF संरक्षणमा छन्?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
हालको सशर्त संरक्षण आदेश छ?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन हो भने कसलाई?
DCF सँग परिवारको खुला मुद्दा छ?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
DCF सामाजिक कार्यकर्ता	
के युवा जुभेनाइल प्रोबेसनमा छन्?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
के युवा युवाजन्य अपराधीको स्थितिमा छन्?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
सुधार विभागमार्फत वयस्क युवा विशेषज्ञ प्रोबेसन अधिकारी	
Guardian Ad Litem	

CSP बैठकमा भर्नुपर्ने जानकारी निम्न रहेका छन्

I. रेफरल गर्नुको कारण:

रेफरल गर्नुको कारण के हो?		
CSP:	मिति:	अर्को बैठक हुने मिति:
LIT: (लागूयोग्य भएमा)	मिति:	
CRC: (लागूयोग्य भएमा)	मिति:	
SIT: (लागूयोग्य भएमा)	मिति:	

II. सहजकर्ता (हरू) को बैठक

CSP सहजकर्ता (हरू) को नाम	एजेन्सी: ठेगाना: फोन नम्बर: इमेल:
LIT संयोजकको नाम	एजेन्सी: ठेगाना: फोन नम्बर: इमेल:

III. CSP टिमका सहभागीहरू

नाम (कृपया लेख्नुहोस्)	हस्ताक्षर र बच्चा/युवासँगको सम्बन्ध	बैठकहरू फलो अपका लागि- कृपया तपाईं उपस्थित हुनुभएको भए प्रथमाक्षर गर्नुहोस्

IV. सामाजिक सम्बन्धहरू: मेरो लागि आफू र आफ्नो परिवारमा को महत्त्वपूर्ण छ?

म र मेरो परिवारलाई महत्त्वपूर्ण वा सहयोग गर्ने मानिसहरू (जस्तै, परिवार, ठूलो परिवारको सदस्य, साथी, छिमेकीहरू, पूजा गर्ने स्थानका मानिस, सामुदायिक एजेन्सीहरू, विद्यालय, बाल हेरचाह, अन्य सेवा प्रदायकहरू र स्वास्थ्य हेरचाह प्रदायकहरू।)

यो जानकारी आधारभूत जेनोग्राम वा इको-म्यापका रूपमा प्रदान गर्न सकिन्छ तर यो तरिकाले प्रदान गर्न आवश्यक छैन। तपाईं जेनोग्राम वा इको-म्यापहरू कसरी गर्ने भन्ने बारेमा थप जानकारी फेला पार्नका लागि निम्नमा हेर्न सक्नुहुन्छ:

http://stanfield.pbworks.com/f/explaining_genograms.pdf वा <https://www.smartdraw.com/ecomap/>.

बच्चा/युवा CSP मा उपस्थित हुनुभएन भने उहाँहरूका लागि को महत्त्वपूर्ण हुनुहुन्छ र कसलाई राख्नुपर्छ भनी पृष्ठपोषण सुनिश्चित गर्नुहोस्- टोली सदस्यहरू (खेलकूद, क्लब, नागरिक समूहहरू), शिक्षक, प्रशिक्षक, सहपाठी, मेन्टरहरू।

म कसरी हेरचाहकर्ताका रूपमा समर्थन प्राप्त गर्न प्राथमिकता दिन्छु?

(जस्तै: मैले लिखित सामग्रीहरू हेर्ने कुरामा प्राथमिकता दिने कुराका बारेमा सुन्न चाहन्छु, यसका बारेमा कुरा गर्छु, यस्तै चुनौतिहरू भोगिरहेका व्यक्तिलाई भेट्न रुचाउँछु, म अङ्ग्रेजी सिकारु भएकाले मलाई दोभासे चाहिन्छ, दृश्य वा श्रवण कमजोरी भएकाले के मलाई प्रबन्ध व्यवस्थाहरू चाहिन्छ?)

V. निवासका कारक र आवश्यकताहरू: म (बच्चा/युवा) र मेरो परिवारका बारेमा के कुरा थाहा पाउन महत्त्वपूर्ण छ?

<p>1. म (बच्चा/युवा) र मेरो परिवारका लागि (बाल/युवासँग सम्बन्धित लक्ष्यहरू) के गर्ने आशा र लक्ष्यहरू राखेका छन्?</p>	
<p>2. मेरो (बच्चा/युवा) र मेरो परिवारको आशा र लक्ष्यहरूलाई समर्थन गर्ने मद्दत गर्न सक्ने शक्ति, इच्छा र स्रोतहरू के-के हुन्?</p>	
<p>3. मेरो (बच्चा/युवा) का मेरो लक्ष्यहरू प्राप्त गर्न विचार गर्नुपर्ने आवश्यकता, चुनौती, चासो र प्राथमिकताहरू के-के हुन्? <i>(यी आवश्यकता, चुनौती, चासो र प्राथमिकताहरू पहिचान गर्न अवस्थित योजना र सम्झौताका साथै हालको अनुभव प्रयोग गर्नुहोस्।)</i></p>	

VI. व्यवहारात्मक चिन्ताहरू

कृपया सान्दर्भिक छ भने CSP आयोजित हुनुको कारणमा आधारित भई तलको चेकलिस्ट पूरा गर्नुहोस्। रेफरल मानसिक स्वास्थ्य विभागमार्फत हो भने आवश्यकता र शक्तिहरू देखाउने हालैका बाल र किशोर आवश्यकता र शक्तिहरू (CANS) को सारांश जुटाउनुहोस्।

तलका सबै बक्समा बच्चा/युवालाई बच्चा/युवाले आफ्नो उमेर समूहका अरूहरूसँग तुलना गर्दा डिग्रीमा चिन्ह लगाउन प्रतिबन्ध लगाइएका व्यवहार को सूची हेर्नुहोस्।

<input type="checkbox"/> तलको कुनै पनि लागू हुँदैन		
<input type="checkbox"/> भ्रमित/अनौठा विचारहरू	<input type="checkbox"/> आवेगात्मक	<input type="checkbox"/> अत्यन्तै दुखीपन
<input type="checkbox"/> अनुपयुक्त व्यवहार	<input type="checkbox"/> टाढा भाग्ने	<input type="checkbox"/> चिन्ता (मरिहत्ते/बाध्यकारी व्यवहारहरू समावेश हुन सक्छन्)
<input type="checkbox"/> भावनात्मक रूपमा समस्यापूर्ण प्रतिक्रियाहरू	<input type="checkbox"/> सेन्सरी चुनौतीहरू	<input type="checkbox"/> पदार्थको प्रयोग
<input type="checkbox"/> सामाजिक सम्पर्कको बेवास्ता र सामाजिक आइसोलेसन	<input type="checkbox"/> फायर सेटिङ वा फायर प्ले	<input type="checkbox"/> शारीरिक (सोमेटिक) उजुरीहरूका साथै चिकित्साका कारण थाहा नहुने
<input type="checkbox"/> अतिसक्रियता	<input type="checkbox"/> सीमाहरू स्वीकार्न अस्वीकार गर्ने	<input type="checkbox"/> आन्द्रा र मूत्राशयसम्बन्धी समस्याहरू (इन्युरेसिस/त्रकोप्रेसिस)
<input type="checkbox"/> मौखिक रूपमा आक्रमक	<input type="checkbox"/> आफूलाई हानि पुऱ्याउने व्यवहार	<input type="checkbox"/> निरन्तर विद्यालय नजाने
<input type="checkbox"/> मानिसहरूलाई आक्रमण गर्ने	<input type="checkbox"/> आत्महत्या गर्ने विचारहरू	<input type="checkbox"/> विद्यालयबाट निलम्बन/निष्कासन
<input type="checkbox"/> सम्पत्तिका लागि आक्रमक हुने	<input type="checkbox"/> आत्महत्यासम्बन्धी व्यवहार	<input type="checkbox"/> मोटर वा मौखिक टिक्स
<input type="checkbox"/> यौनिक रूपमा समस्यापूर्ण व्यवहार	<input type="checkbox"/> चोरी	<input type="checkbox"/> निद्रामा गम्भीर समस्या
<input type="checkbox"/> परिवारबाट तत्कालै निकाल्ने	<input type="checkbox"/> जनावरहरूप्रति निर्दयी	<input type="checkbox"/> कानूनसँग समस्याहरू
<input type="checkbox"/> परिवारमा अत्यधिक भर पर्ने	<input type="checkbox"/> खानपानको विकार	<input type="checkbox"/> अन्य
<input type="checkbox"/> आघातले गर्दा समायोजनमा चुनौतीहरू	<input type="checkbox"/> हतियार प्रयोग गरी धम्कीपूर्ण व्यवहार गर्ने	
कृपया माथिका व्यवहारात्मक चिन्ताको विस्तार गर्नुहोस् र त्यस्ता व्यवहारात्मक चिन्ता भएमा मिलाउन गर्नुपर्ने कार्य:		

VII. बच्चा/युवाको शैक्षिक स्थिति

विद्यालयको उपस्थिति*: जिल्ला/सुपरभाइजरी युनियन: * बच्चा/युवालाई घरै पढाइन्छ भने यसले विद्यालयको उपस्थिति जनाउँछ	अभिभावक(हरू) बस्ने सहर:
ग्रेड:	विद्यालयको सम्पर्क (नाम र भूमिका):
	फोन:

क. विशेष शिक्षा स्थिति

<input type="checkbox"/> योग्य; IEP मा <input type="checkbox"/> प्रक्रियामा मूल्याङ्कन गर्नुहोस् <input type="checkbox"/> रिफर गर्नु पर्ने हुन्छ <input type="checkbox"/> योग्य; IEP पेन्डिङ <input type="checkbox"/> मूल्याङ्कन गरिएको; अयोग्य भेटियो			
असक्षमता:	प्राथमिक	सहायक	अन्य
16 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरको व्यक्तिका लागि IEP मा सङ्क्रमण योजना समावेश छ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन			
विशेष शिक्षा प्रशासक:			फोन:
कृपया संज्ञानात्मक वा अनुकूली कार्यको सन्दर्भमा उल्लेखनीय रहेको कुराको वर्णन गर्नुहोस्:			

ख. खण्ड 504/EST स्थिति

<input type="checkbox"/> 504 योजना <input type="checkbox"/> रिफर गर्नु पर्ने हुन्छ 504 संयोजक:	फोन:
<input type="checkbox"/> EST योजना <input type="checkbox"/> EST संयोजकलाई रिफर गर्नु पर्ने हुन्छ:	फोन:

घ. शैक्षिक स्थापन: अधिल्लो, वर्तमान र प्रस्तावित शैक्षिक स्थापनहरू सङ्केत गर्ने बाकसहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्।

स्थापनका प्रकारहरू (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)	अधिल्लो	हालको	प्रस्तावित
साधारण शैक्षिक कक्षाकोठामा वा प्रारम्भिक हेरचाह र सिकाई	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
साधारण शैक्षिक कक्षाकोठा + कक्षाका सहायता र/वा प्रबन्ध व्यवस्थाहरू	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
साधारण शैक्षिक कक्षाकोठा + तोकिएका निर्देशन र/वा कक्षाकोठा बाहिर सहायताहरू गर्ने अन्य (यसमा विद्यालयमा आधारित प्रारम्भिक बाल विशेष शिक्षा समावेश हुन सक्छ, हेडस्टार्ट)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अर्को कक्षाकोठा/वैकल्पिक LEA कार्यक्रम (विद्यालय मैदानमा वा बाहिर हुन सक्छ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
स्वतन्त्र विद्यालय/दिन उपचार कार्यक्रम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
टुटोरियल	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आवासीय विद्यालय	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
होमबाउन्ड वा अस्पताल भर्नासम्बन्धी निर्देशन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
घरमा पढाउने ("घरमै पढाउने")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
विद्यालयमा होइन - साधारण शैक्षिक विकास (GED) डिग्री प्राप्त गरियो	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
विद्यालयमा होइन - छोडियो/निलम्बित/निष्कासित	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य (व्याख्या गर्नुहोस्):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

कृपया प्रस्तावित शैक्षिक नियुक्तिको वर्णन गर्नुहोस् (यो IEP टोलीको निर्णयको अधीनमा हुन सक्छ):

VIII. बालबालिका र परिवारका लागि सहायता र सेवाहरू

यो जानकारी बच्चाको आवश्यकता र परिवारले प्रदान गर्न स्वैच्छिकसँग सम्बन्धित छ। यो सूची सहयोगी हुन सक्ने समर्थन र सेवाहरूका बारेमा विचारहरू उत्पन्न गर्नका लागि बनाइएको हो। यसको अर्थ सबै समावेशी वा रचनात्मक र व्यक्तिगत सोच सीमित राख्ने भन्ने होइन।

सेवाहरू	एजेन्सीले प्रदान गर्ने वा प्रदान गर्न प्रस्ताव गर्ने एजेन्सी	अघिल्लो	हालको	प्रस्तावित र कहिलेदेखि
बाल हेरचाह / स्कुलपछिका कार्यक्रम		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
मेन्टरिङ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
मूल्याङ्कन: <input type="checkbox"/> मनोवैज्ञानिक <input type="checkbox"/> चिकित्सा <input type="checkbox"/> न्यूरोलोजिकल <input type="checkbox"/> पदार्थ प्रयोग <input type="checkbox"/> अन्य		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
व्यवहारगत सहायता		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
सेवाहरू	एजेन्सीले प्रदान गर्ने वा प्रदान गर्न प्रस्ताव गर्ने एजेन्सी	अघिल्लो	हालको	प्रस्तावित र कहिलेदेखि
केस व्यवस्थापन/सेवा समन्वय		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
रातभर <input type="checkbox"/> प्रति घण्टा <input type="checkbox"/> आराम		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
विद्यालयमा आधारित चिकित्सक		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
परामर्श: <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> समूह		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
तीब्र परिवारमा आधारित सेवाहरू		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
घरमा आधारित अभिभावकीय सहायता		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
औषधि		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
सामुदायिक सीपमूलक कार्य		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
उपचारका लागि प्रयोग गरिने वस्तु (वस्यकका लागि)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
व्यावसायिक/रोजगारसम्बन्धी सेवाहरू		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
घर तथा समुदायमा आधारित सेवाहरू/ विकासात्मक सेवाहरू ("वेभर")		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
बालबालिकाको व्यक्तिगत हेरचाहसम्बन्धी सेवाहरू		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
हाइ टेक नर्सिङ-सम्बन्धी सेवाहरू		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
पोस्ट स्थायीत्वसम्बन्धी सहायता र/वा अनुदान (गोद लिने वा अभिभावकत्व सहायता)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
परिवार सुरक्षा योजना/परिवार समूह सम्मेलन		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
SSI लाभहरू		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

यातायात		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
पारिवारिक हिंसा पत्ता लगाउने सेवाहरू		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
अन्य (व्याख्या गर्नुहोस्):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
अन्य (व्याख्या गर्नुहोस्):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
अन्य (व्याख्या गर्नुहोस्):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
अन्य (व्याख्या गर्नुहोस्):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
अन्य (व्याख्या गर्नुहोस्):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

IX. अग्रसक्रिय सङ्कट योजना

बच्चा वा युवा चिकित्सकिय रूपमा कमजोर छ भने टोलीहरूले कडा रूपमा अग्रसक्रिय सङ्कट योजना विकास गर्न प्रोत्साहित गर्छन् कसिल्यै मनोचिकित्सा सेटिङमा अस्पतालमा भर्ना भएका वा जोखिमपूर्ण वा असुरक्षित व्यवहार देखाउछन् । तपाईं वातावरण अनुसारका आवश्यकताहरू सम्बोधन गर्ने व्यवहार वा सुरक्षा योजनाका विद्यमान सहमत कागजात संलग्न गर्न सक्नुहुन्छ।

1. संकट योजना आवश्यक छ <input type="checkbox"/> छ यदि छ भने, तल दिइएका 2 देखि 8 सम्मका प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस् <input type="checkbox"/> छैन, यदि छैन भने, किन छैन?
2. संकट कस्तो खालको देखिन्छ?
3. संकटकालीन अवस्था निम्त्याउन सक्ने झट्का दिने/तनाव पैदा गर्ने तत्वहरू के-के हुन्?
4. संकटकालीन अवस्थाको रोकथाम गर्न सामना गर्न सकिने रणनीतिहरू के-के हुन्? (संकटकालीन अवस्था रोकथाम वा कम गर्ने सीप तथा रणनीतिहरूका बारेमा व्याख्या गर्नुहोस्।)
5. बच्चा र अन्य मानिसहरूले संकटकालीन अवस्थामा हुँदा आफ्नो सुरक्षा गर्न र अवस्था कम गर्नका लागि अपनाउनु पर्ने रणनीतिहरू के-के हुन्?
6. मुख्य कस्ता खालका मानिसहरूलाई सम्पर्क गर्नुपर्छ र कहिले सम्पर्क गर्नुपर्छ?
7. संकटकालीन अवस्थामा के गर्नु हुँदैन?

8. प्रहरी, मानसिक स्वास्थ्य जाँचकर्ता र/वा अस्पताल कहिले संलग्न हुनुपर्छ?

कृपया ध्यान दिनुहोस्: केही विशेष वा असामान्य परिस्थितिमा उत्तरदायी वयस्कहरूले योजना परिमार्जन गर्नु पर्ने अवस्था हुन सक्छ।

X. फलो-अप र अर्को चरणहरू

CSP फलो-अप बैठक हुने मिति र समय:

अर्को चरणहरू र उत्तरदायी व्यक्ति

-
-

महत्त्वपूर्ण नोट: CSP टोलीलाई अतिरिक्त सहायता तथा सेवाहरूका लागि थप सहायता, उपाय र/वा सुझावहरू चाहिएमा उक्त टोलीका अभिभावक लगायत सबै सदस्यले आफ्ना स्थानीय अन्तर-एजेन्सी टोलीलाई निर्दिष्ट गर्न सक्नुहुन्छ।

अपीलको प्रक्रिया

धेरैजसो समन्वित सेवाहरूको योजना बनाउने टोलीले बच्चा वा युवाको समन्वित सेवा योजना लेखेर सफलतापूर्वक कार्यान्वयन गर्न सक्छन्। कहिलेकाहीँ, टोली प्राविधिक सहायता, परामर्श वा विवाद समाधानका लागि आफ्नो स्थानीय अन्तर-एजेन्सी टोली (LIT) कहाँ जानु पर्ने हुन सक्छ। कहिलेकाहीँ, LIT प्राविधिक सहायता, परामर्श वा विवाद समाधानका लागि राज्यको अन्तर-एजेन्सी टोली (SIT) कहाँ जानु पर्ने हुन सक्छ। समन्वित सेवाहरूको योजना बनाउने टोलीका सदस्यहरूको रूपमा, अभिभावक विवाद समाधानका लागि LIT वा SIT कहाँ जानु पर्ने हुन सक्छ।

कृपया ध्यान दिनुहोस्: अभिभावकको सेवा समन्वयन को सट्टामा सेवा डेलिभरीसम्बन्धी विवाद भएमा, उहाँले तल खण्ड C मा दिइएको उपयुक्त विवाद समाधान संयन्त्र (हरू) प्रयोग गर्नुपर्छ।

A. ऐन 264 समन्वयन सेवाहरूसम्बन्धी अपील प्रक्रिया

स्थानीय एजेन्सी, सेवा प्रदायक वा टोलीमा रहेका अभिभावकले ऐन 264 र अन्तर-एजेन्सी सम्झौताका सम्बन्धित प्रावधानहरू अन्तर्गत एजेन्सीहरूमाझ समन्वयसम्बन्धी अपीलको अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

यदि स्थानीय अन्तर-एजेन्सी टोली वा राज्यको अन्तर-एजेन्सी टोलीमध्ये कसैले पनि विवाद समाधान गर्न नसकेमा अपील उपलब्ध हुन्छ। SIT ले अपीलमा स्थानीय एजेन्सी, सेवा प्रदायक(हरू) र अभिभावक(हरू) लाई उहाँहरूको अधिकारबारे जानकारी गराउने छ र अपील पेश गर्नका लागि नाम र ठेगाना प्रदान गर्ने छ।

अपील प्रक्रियामा शीर्षक 3 को अध्याय 25 सम्बन्धी सुनुवाई समावेश हुने छ। मानव सेवा एजेन्सीको सचिव र शिक्षा सचिवले नियुक्ति गरेको सुनुवाई अधिकारीले सुनुवाई आयोजना गर्ने छ। सुनुवाईमा प्रस्तुत गरिएको प्रमाणका आधारमा, सुनुवाई अधिकारीले सचिव र आयुक्तलाई लिखित खोज र निर्णय प्रस्तावहरू जारी गर्ने छ। AHS र AOE सचिवहरूले निर्णय प्रस्तावहरू पुष्टि, परिवर्तन वा परिमार्जन गर्न सक्छन्। सबै पक्षले लिखित रूपमा सचिवहरूको अन्तिम निर्णय प्राप्त गर्ने छन्।

B. एजेन्सीहरूबीच भएको भुक्तानी र प्रतिपूर्तिका मुद्दाहरूसम्बन्धी अपील प्रक्रिया

गैर-शिक्षा एजेन्सीले आफू जिम्मेवार भएका र विशेष शिक्षा तथा सम्बन्धित सेवाहरू पनि मानिने सेवाहरू प्रदान गर्न वा भुक्तानी गर्न नसक्दा, विद्यालय जिल्ला (वा बच्चाको व्यक्तिगत शिक्षा योजना [IEP] विकास गर्न जिम्मेवार राज्य एजेन्सी) ले समय-समयमा बच्चालाई यी सेवाहरू प्रदान वा भुक्तानी गर्ने छ। त्यसपछि विद्यालय जिल्ला (वा शिक्षा एजेन्सीको रूपमा जिम्मेवार राज्य एजेन्सी) ले जिम्मेवार भएको र यी सेवाहरू प्रदान वा भुक्तान गर्न नसकेको गैर-शिक्षा एजेन्सीसँग सेवाहरूको प्रतिपूर्ति दाबी गर्न सक्छ। जुन 2005 को अन्तर-एजेन्सी सम्झौतामा उल्लिखित कार्यविधिहरू एजेन्सीहरू बीचको प्रतिपूर्ति दाबीका लागि प्रयोग गरिने छ।

C. अभिभावकहरूलाई उपलब्ध अन्य अपील तथा गुनासो कार्यविधिहरू

ऐन 264 अन्तर्गत समन्वय सेवाहरूसम्बन्धी अपील दायर गर्ने अवसरका साथै, अभिभावकसँग सेवा र उजुरीको प्रकृतिका आधारमा अन्य अपील तथा गुनासो कार्यविधिहरूको अधिकार पनि हुन्छ। ती अपील र गुनासो कार्यविधिहरूमा निम्न लगायतका कुराहरू समावेश हुन्छन्:

- निःशुल्क उपयुक्त सामुदायिक शिक्षा र असक्षमता भएका व्यक्तिहरूको शिक्षा ऐनअन्तर्गत अन्य अधिकारहरूको प्रावधानसम्बन्धी अभिभावकका उजुरीहरू: शिक्षा एजेन्सीलाई (802) 479-1255 मा सम्पर्क गर्नुहोस्।
- अभिभावक र बालबालिकासँग मेडिकेड कभरेजसम्बन्धी अपीलहरू र/वा मेडिकेडका लागि बच्चा योग्य हुन्छ वा हुँदैन भन्ने कुरासम्बन्धी अपीलहरू गर्ने अधिकार हुन्छ: Vermont Health Connect, Green Mountain Care को ग्राहक समर्थन केन्द्रलाई 1-800-250- 8437 (TDD/TTY) 1-888-834-7898 मा सम्पर्क गर्नुहोस्।
- कर्मचारीको प्रदर्शन वा कार्यक्रमहरूको गुणस्तरसम्बन्धी उजुरी वा गुनासोहरू: सेवा डेलिभरीका लागि जिम्मेवार सुपरिवेक्षण प्रदायकलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

**अन्तर-एजेन्सी टोलीलाई जानकारीको खुलासा समन्वित सेवा योजनाको समीक्षा
यदि स्थानीय अन्तर-एजेन्सी टोली, मुद्दा समीक्षा समिति वा राज्यको अन्तर-एजेन्सी टोलीलाई
सिफारिस गरिँदै छ भने यो खुलासामा अभिभावकको हस्ताक्षर हुनुपर्छ**

बच्चा/युवाको नाम	सहजकर्ता

धेरैजसो समन्वित सेवा योजनाहरू (CSP हरू) सञ्चालन हुन्छन्। यद्यपि, CSP टोली उक्त योजनासँग सहमत नभएमा, उनीहरूले मद्दतका लागि स्थानीय अन्तर-एजेन्सी टोली (LIT) लाई बोलाउन सक्छन्। LIT ले सबैजना सहमत हुने खालको योजना बनाउन नसकेमा, राज्यको अन्तर-एजेन्सी टोली (SIT) लाई मद्दतको अनुरोध गर्न सकिन्छ। CSP ले परिवेष्टन वा आवासीय स्याहारका बारेमा विचार गर्दै छ भने, CSP टोलीले मुद्दा समीक्षा समिति (CRC) लाई यसको सम्भावना समीक्षा गरेर विचार गर्न अनुरोध गर्नुपर्छ।

म समन्वित सेवा योजनासहित उपयुक्त जानकारी खुलासा गर्न निम्नलाई मेरो सहमति प्रदान गर्दछु: स्थानीय अन्तर-एजेन्सी टोली (LIT), राज्यको अन्तर-एजेन्सी टोली (SIT), र/वा मुद्दा समीक्षा समिति (CRC)।

म यी कुराहरू बुझ्दछु:

- मेरो बच्चालाई दिइने शैक्षिक, मानसिक, सामाजिक इतिहास, चिकित्सा मूल्याङ्कन र सेवाहरूका रेकर्डहरूलगायत मेरो बच्चाको जानकारी। मेरो बच्चाको जानकारीमा उसको CSP पनि समावेश हुन्छ।
- मेरो बच्चाको जानकारी LIT, SIT र/वा CRC सँग साझा गरिने छ जसकारण उनीहरूले (1) मेरो बच्चाको CSP समीक्षा गर्न सक्छन् र/वा (2) गहन परिवेष्टन वा आवासीय स्याहारको अनुरोध समीक्षा गर्न सक्छन्।
- म सहजकर्तालाई एउटा पत्र लेखेर LIT, SIT र/वा CRC सँग साझा गरिएको मेरो बच्चाको बारेमा जानकारीको प्रतिलिपि हेर्न वा प्राप्त गर्न सक्छु।
- LIT, SIT र/वा CRC का सदस्यहरूलाई मेरो बच्चाको जानकारी गोपनीय छ भन्ने कुरा थाहा छ र कानुनले साझा गर्ने पछि नभन्दासम्म उनीहरूले मेरो लिखित सहमतिविना मेरो बच्चाको बारेमा जानकारी अरूसँग साझा गर्ने छैनन्।
- यो सहमति फारमको म्याद मैले हस्ताक्षर गरेको मितिदेखि एक वर्षमा समाप्त हुन्छ।
- मैले मेरो अनुमति सहजकर्तालाई निवेदन लेखेर, LIT, SIT, or CRC का लागि पहिले नै जानकारी प्रयोग गर्दाबाहेक कुनै पनि समयमा फिर्ता लिन सक्छु।
- मैले मेरो अनुमति दिइने भने LIT, SIT र CRC ले (1) मेरो बच्चाको CSP समीक्षा वा (2) गहन न्याप-वरपर वा आवास हेरचाहका लागि अनुरोध समीक्षा गर्न सक्दैन।
- मैले आफ्नो सहमति दिइँ भने यसले मेरो बच्चाको तत्कालका लाभ र सेवाहरूमा असर गर्ने छैन।
- मैले यो सहमति फारममा हस्ताक्षर गरेपछि मलाई यसको प्रतिलिपि दिइने छ।
- समन्वित सेवा योजनाको प्रक्रियाको उपयोगिताका बारेमा सामान्य जानकारी राज्य अन्तर-एजेन्सी टोलीद्वारा सङ्कलन गरिएको छ। मेरो बच्चाको रेफरल कागजातहरूबाट जानकारी फारम यस प्रयासमा प्रयोग गर्न सकिन्छ तर मेरो बच्चा र परिवारको जानकारी पहिचान गरिने छैन।

मैले LIT, SIT, or CRC बैठक बसुअघि मेरो स्थानीय अन्तर एजेन्सी टोलीको अभिभावक प्रतिनिधिसँग कुराकानी गर्न चाहन्छु।			<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
	स्पष्ट अक्षरमा लेखिएको नाम	हस्ताक्षर	मिति
आमाबुवा / अभिभावक			
साक्षी			
शैक्षिक प्रतिनिधि अभिभावक (लागूयोग्य भएमा)			

पूरक सेक्सन: मुद्दा समीक्षा समितिमा रेफरल

CSP प्याकेटको अतिरिक्त, आवासीय स्थानको विचारका लागि मुद्दा समीक्षा समितिमा रेफरल गरिँदै छ भने यो खण्ड पूरा गरिनुपर्छ।

मुद्दा समीक्षा समिति (CRC) बालबालिकाको लागि उपयुक्त हुने समन्वित सेवा योजनाहरू विकास गर्न स्थानीय समूहसँग काम गर्ने उद्देश्यले राज्य इन्ट्राएजेन्सी समूह (SIT) द्वारा सिर्जना गरिएको थियो। CRC AOE/AHS मा व्याख्या गरिएका विभिन्न भावनात्मक कठिनाई र अन्य असक्षमताहरू भएका बालबालिका र किशोर-किशोरीहरूलाई इन्ट्राएजेन्सी सम्झौतामा परिभाषित गरिएका कम प्रतिबन्धात्मक सेटिङमा बालबालिका र किशोर-किशोरीहरूका आवश्यकता अनुसार उपयुक्त सेवा दिन भनि प्रतिबद्ध गरिएको छ। SIT र CRC ले सम्भव भएसम्म बालबालिकालाई उनीहरू कै समुदायहरूभित्र नै सेवा दिनुपर्छ भन्ने कुरामा विश्वास गर्छन्। गहन आवासीय उपचार बच्चाको व्यक्तिगत आवश्यकता पूरा गर्न मात्र प्रयोग गर्नुपर्छ।

CRC राज्य इन्ट्राएजेन्सी टोली निम्न रहेका दुईवटा उद्देश्य प्राप्त गर्न उपसमितिका रूपमा स्थापना गरिएको छ **समान मापदण्ड लागू गर्न:**

1. स्थानीय टोलीहरूलाई तिनीहरूको कम प्रतिबन्धात्मक उपचार विकल्पहरू पहिचान, पहुँच र विकास गर्न; र
2. कम प्रतिबन्धात्मक विकल्पहरू उपयुक्त नभएका बेलामा, बच्चा र आवासीय उपचार सुविधा बीच उत्तम सम्भावित मेल खाने सुविधा सुनिश्चित गर्ने कुरामा सहायता उपलब्ध गराउन।

CRC निर्देशिकाहरूको पूरा रूपका लागि कृपया IFS को वेबसाइट <http://ifs.vermont.gov/docs/sit>मा हेर्नुहोस्।

आवासीय रेफरलसम्बन्धी प्रश्नहरू

निम्न प्रश्नहरू CSP टोली वा स्थानीय इन्ट्राएजेन्सी टोलीद्वारा, मुद्दा समीक्षा समितिमा रेफरल बनाउने जुनसुकै टोलीले निम्नलिखित प्रश्नहरू पूरा गरिनुपर्छ।

महत्त्वपूर्ण जानकारी
आवासीय उपचार लागू गर्नु परेमा र बच्चा गोद लिएको थियो भने DCF गोद लिने एकाईलाई परिवारले आवासीय उपचार लागू गर्दै छ भन्ने कुरा थाहा हुन्छ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन नोट: बच्चा/युवाका लागि आवासमा यस्तो परिवर्तन हुँदा गोद लिने एकाईलाई थाहा दिनु परिवारको जिम्मेवारी हो।
बच्चा/युवा DCF संरक्षणमा छन् भने निम्न प्रश्नहरू सोधिन्छः संरक्षणको समयमा अभिभावक(हरू) कहाँ बस्नु हुन्थ्यो? अभिभावकीय अधिकार (TPR) हरू खारेज भएका छन्? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो हो भने, TPR को समयमा अभिभावकहरूको सहरको आवासः
चिकित्सा र शैक्षिक योजना बनाउने अधिकार पाएका व्यक्ति(हरू):
बच्चा/युवाको व्यवसायिक बीमा छ भने तपाईंले बच्चा/युवाको बीमामा उहाँहरूले आवासीय उपचारमा समेटिएका लाभ प्राप्त गर्नुहुन्छ कि हुँदैन भनी जाँचुपर्छ। <input type="checkbox"/> हो, लाभ प्राप्त हुन्छ <input type="checkbox"/> होइन, लाभ प्राप्त हुँदैन
जोखिमका कारकहरू (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्) निम्न कुराबाट पीडित प्रमाणित गरिएका व्यक्ति: <input type="checkbox"/> शारीरिक दुर्व्यवहार <input type="checkbox"/> उपेक्षा <input type="checkbox"/> यौन दुर्व्यवहार <input type="checkbox"/> भावनात्मक दुर्व्यवहार <input type="checkbox"/> यौन रूपमा दुर्व्यवहारहरूसम्बन्धी निर्णय लिइयो <input type="checkbox"/> यौन दुर्व्यवहार गर्ने अपराधी पत्ता लगाइयो <input type="checkbox"/> अन्य निर्णय (व्याख्या गर्नुहोस्):

- अन्य जोखिमका कारकहरू (व्याख्या गर्नुहोस्):
 मानव तस्करीको इतिहास
 इतिहास/घरेलु हिंसाका तत्कालका विवरण अन्य ट्रमा इतिहास:

1. बच्चा/युवाका आवश्यकताहरू समुदायमा पूरा हुनबाट रोक्ने अवरोधहरू के-के हुन्?

2. कृपया निम्न मध्ये एउटा प्रश्नको जवाफ दिनुहोस्--तपाईं मूल्याङ्कन अनुरोध गर्दै हुनुहुन्छ भने (a) जवाफ दिनुहोस्। तपाईं आवासीय उपचार अनुरोध गर्दै हुनुहुन्छ भने (b) जवाफ दिनुहोस्।

a. तपाईं मूल्याङ्कन अनुरोध गर्दै हुनुहुन्छ भने तपाईंले जवाफ दिन चाहनुहुने क्लिनिकल र/वा शैक्षिक प्रश्नहरू के के हुन्?

b. तपाईं आवासीय उपचार अनुरोध गर्दै हुनुहुन्छ भने यस स्तरको गहन हस्तक्षेपका लक्ष्यहरू के के हुन्? परिवार र बालबालिका/युवाको लक्ष्यहरू के के हुन्?

3. आवासीय उपचारका क्रममा अभिभावक/परिवारको संलग्नता कस्तो देखिन्छ?

4. कृपया हामीलाई उपचारमा आमाबाबु/परिवारको संलग्नताका साथमा कुनै पनि अपेक्षित चुनौतीहरूका बारेमा बताउनुहोस्।

5. बच्चा/युवाको उपचारमा हुँदा घरमा तपाईंसँग सेवाहरूका लागि केही सिफारिसहरू छन्? सिफारिस छ भने कृपया वर्णन गर्नुहोस्।

6. टोलीले प्रगति गरेको छ भनेर कसरी थाहा पाउने? तिनीहरूले के कस्ता परिणामहरू खोज्दै छन्?

7. डिस्चार्ज/समुदायिक पुनः एकीकरण योजना भनेको के हो?

बच्चा/युवाको जीवनयापनको अवस्था

कृपया युवाहरूको अघिल्लो, वर्तमान र प्रस्तावित जीवनयापनको अवस्था र नियुक्ति गर्न सङ्केत गर्ने र लाइनमा मितिहरू समावेश गरेको कुरा उपयुक्त बाकसहरू जाँच गर्नुहोस्।

प्रकार (लागू हुने सबै जाँच गर्नुहोस् र मितिहरू समावेश गर्नुहोस्।)	अघिल्लो	हालको	प्रस्तावित
स्वतन्त्रजीवनयापन	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
दुई वटा हेरचाह प्रदायक (कम्तिमा एकजना जैविक)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
एकजना जैविक अभिभावक मात्र (साझेदारविना)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
साझा गरिएको अभिभावकत्व	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
गोद लिएको घर	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
आफन्तहरू/भुक्तान नगरिएको वयस्क	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
फोस्टर हेरचाह	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
थेराप्युटिक फोस्टर केयर	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
ग्रुप होम	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
आपतकालिन अवस्थाको आश्रय	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
आवासीय उपचार कार्यक्रम मूल्याङ्कन	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
आवासीय उपचार - दीर्घकालीन (गैर-लागूपदार्थ/मदिरा)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
लागूपदार्थ/मदिरा आवासीय उपचार कार्यक्रम	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
मेडिकल अस्पताल	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
मनोचिकित्सक अस्पताल	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
सुरक्षित किशोर सुविधा	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
सुधारात्मक सुविधास्थल	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
हिरासतसम्बन्धी विकल्पहरू	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
बस्ने ठाउँ छैन	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
अन्य (व्याख्या गर्नुहोस्):	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
अन्य (व्याख्या गर्नुहोस्):	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

बच्चा/युवाको नाम: _____

प्रकार (लागू हुने सबै जाँच गर्नुहोस् र मितिहरू समावेश गर्नुहोस्।)	अघिल्लो	हालको	प्रस्तावित
कृपया अहिले बाँचिरहेको जीवन अवस्थाको वर्णन गर्नुहोस्:			

बच्चा/युवाको नाम: _____

आवासीय रेफरल हस्ताक्षर पेज

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर: सधैं आवश्यक पर्छ।

नाम, रोल र फोन नम्बर	हस्ताक्षर	मिति	आवासीय रेफरल	
			सहमति जनाउनुहोस्	असहमति जनाउनुहोस्
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

शैक्षिक प्रशासकको हस्ताक्षर: बच्चा IEP मा छ भने, विशेष शिक्षा निर्देशकले हस्ताक्षर गर्न आवश्यक छ। बच्चा IEP (यसको मतलब बच्चा 504 योजना, EST योजना वा नियमित शिक्षा)मा नभएमा, प्रिन्सिपल वा विशेष शिक्षा निर्देशकको हस्ताक्षर आवश्यक (स्थानीय प्रक्रियाहरूले निर्धारण गरे अनुसार) छ।

नाम, रोल र फोन नम्बर	हस्ताक्षर	मिति	आवासीय रेफरल	
			सहमति जनाउनुहोस्	असहमति जनाउनुहोस्
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

परिवार सेवा डिभिजन डिस्ट्रिक्ट निर्देशकको हस्ताक्षर: बच्चा/युवा बाल तथा परिवार विभागको कमिसनरको हिरासतमा छ भने यो आवश्यक हस्ताक्षर हो।

नाम, रोल र फोन नम्बर	हस्ताक्षर	मिति	आवासीय रेफरल	
			सहमति जनाउनुहोस्	असहमति जनाउनुहोस्
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य बाल निर्देशक वा तोकिएको प्रबन्धकको हस्ताक्षर: सधैं आवश्यक पर्छ।

नाम, रोल र फोन नम्बर	हस्ताक्षर	मिति	आवासीय रेफरल	
			सहमति जनाउनुहोस्	असहमति जनाउनुहोस्
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

बच्चा/युवाको नाम: _____

अन्य टोली सदस्यहरूका हस्ताक्षरहरू:

नाम, रोल र फोन नम्बर	हस्ताक्षर	मिति	आवासीय रेफरल	
			सहमति जनाउनुहोस्	असहमति जनाउनुहोस्
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>