

ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော
ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ် (COORDINATED SERVICES PLAN, CSP)



လူသားအရင်းအမြစ် ဝန်ဆောင်မှုအေဂျင်စီနှင့် ပညာရေးအေဂျင်စီ



2022 ခုနှစ်၊ ဇန်နဝါရီလတွင် ပြန်လည်ပြင်ဆင်ခဲ့သည်

အရေးကြီးမှတ်ချက်- ဤ CSP လုပ်ငန်းစဉ်သည် မိသားစုများအား သီးသန့်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်မဟုတ်ဘဲ ဝန်ဆောင်မှုပေးပေးစဉ်ညှိနှိုင်းမှုကို ခံစားခွင့်ရှိစေသည်။ သတ်မှတ်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုများနှင့်/သို့မဟုတ် နေရာချထားမှုများအတွက် ခွင့်ပြုချက်သည် သင့်လျော်စွာ ပါဝင်ပတ်သက်သည့် အေဂျင်စီ သို့မဟုတ် အေဂျင်စီများ၏ တာဝန်ဖြစ်သည်။ ဤအစီအစဉ်၏ အစိတ်အပိုင်းများကို အကောင်အထည်ဖော်ရာတွင် တည်ထောင်ထားသော အတည်ပြုချက်လုပ်ငန်းစဉ်များကို လိုက်နာရမည်ဖြစ်သည်။

မာတိကာ

ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်လမ်းညွှန် _____ 3

ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်ဆိုတာ ဘာလဲ။ _____ 3

အရည်အချင်းပြည့်မီမှု သတ်မှတ်ခြင်းနှင့် ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်အတွက်
သဘောတူညီချက် _____ 5

အချက်အလက်များကို ဖြန့်ဝေရန် သဘောတူညီချက် _____ 7

I. ကလေး/လူငယ်နှင့် မိသားစု အချက်အလက် _____ 8

I. ရည်ညွှန်းရသည့် အကြောင်းရင်း _____ 10

II. အစည်းအဝေးအတွက် ပံ့ပိုးကူညီသူ(များ) _____ 10

III. CSP အဖွဲ့တွင် ပါဝင်သူများ _____ 10

IV. လူမှုဆက်ဆံရေးများ- ကျွန်ုပ်နှင့် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစုအတွက် ဘယ်သူက အရေးကြီးတာလဲ။ 12

V. ခံနိုင်ရည်ရှိမှု အကြောင်းရင်းများနှင့် လိုအပ်ချက်များ- ကျွန်ုပ် (ကလေး/လူငယ်) နှင့်
ကျွန်ုပ်၏မိသားစုနှင့် ပတ်သက်၍ အရေးကြီးသော သိစရာတွေက ဘာလဲ။ _____ 13

VI. အပြုအမူဆိုင်ရာ စိုးရိမ်မှုများ _____ 14

VII. ကလေး/လူငယ်၏ ပညာရေးအခြေအနေ _____ 14

VIII. ကလေးနှင့် မိသားစုအတွက် ပံ့ပိုးမှုများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ _____ 16

IX. ပြဿနာဖြေရှင်းရန် ကြိုတင်ပြင်ဆင်ရေး အစီအစဉ် _____ 17

X. နောက်ဆက်တွဲနှင့် နောက်ထပ်အဆင့်များ _____ 18

အယူခံလုပ်ငန်းစဉ် _____ 19

ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်၏ အပြန်အလှန် အကဲဖြတ်ရေးအဖွဲ့
ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းအတွက် သတင်းအချက်အလက် ထုတ်ပြန်ခြင်း _____ 20

ကိစ္စရပ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရေးကော်မတီသို့ ရည်ညွှန်းခြင်း _____ 22

နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ ရည်ညွှန်းမေးခွန်းများ _____ 22

ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်လမ်းညွှန်

အဖွဲ့နှင့် ပံ့ပိုးကူညီသူမှ အသုံးပြုရန်

CSP များအကြောင်း နောက်ထပ်လမ်းညွှန်ချက်အတွက် ပံ့ပိုးကူညီသူဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်ကို

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



ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်ဆိုတာ ဘာလဲ။

ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်သည် တစ်ခုထက်ပိုသည့် အေဂျင်စီများမှ ဝန်ဆောင်မှုများလိုအပ်သူ ကလေး/လူငယ်များအတွက် အဖွဲ့တစ်ခုမှ ရေးဆွဲထားသည့် အစီအစဉ်တစ်ခုဖြစ်သည်။ ၎င်းသည် ကလေး၏ မိသားစုအတွင်း သို့မဟုတ် အိမ်အပြင် သို့မဟုတ် ကျောင်းနှင့် ရပ်ရွာအတွင်း၌ နေရာချထားမှု လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းရန် ဒီဇိုင်းထုတ်ထားသည်။ (အက်ဥပဒေ 264 မှ ပြဋ္ဌာန်းချက်ကို လိုက်နာထားသည်)

2005 ခုနှစ်တွင်၊ အက်ဥပဒေ 264 ကို ချဲ့ထွင်ရန် နောက်ထပ် **အေဂျင်စီများအကြား သဘောတူညီချက်အား** ဖန်တီးခဲ့သည်။ ဤသဘောတူညီချက်တွင် “အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကလေးများနှင့် လူငယ်များသည် ပညာရေးဆိုင်ရာ ကိုယ်စားလှယ်များ၊ လူသားအရင်းအမြစ် ဝန်ဆောင်မှုအေဂျင်စီ၏ သင့်လျော်သောဌာနများ၊ မိဘများ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူများနှင့် မိသားစုနှင့် ချိတ်ဆက်ထားသော ပုံမှန်အကူအညီများအပါအဝင် ဝန်ဆောင်မှုညှိနှိုင်းရေးအဖွဲ့မှ ရေးဆွဲထားသော ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်ကို ရရှိခွင့်ရှိသည်။” ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ပေးသည့်အစီအစဉ်တွင် တစ်ဦးချင်းပညာရေးအစီအစဉ် (Individual Education Plans, IEP) အပါအဝင် လူသားအရင်းအမြစ် ဝန်ဆောင်မှု ကုသရေးအစီအစဉ်များ သို့မဟုတ် တစ်ဦးချင်း ပံ့ပိုးကူညီမှု အစီအစဉ်များ ပါဝင်ပြီး အစိတ်အပိုင်းအားလုံးသည် သဟဇာတဖြစ်နိုင်သောပန်းတိုင်များဆီသို့ လုပ်ဆောင်နေကြောင်း၊ တိုးတက်မှုကို စောင့်ကြည့်ပြီး အရင်းအမြစ်များကို ထိထိရောက်ရောက်အသုံးပြုနေကြောင်း သေချာစေရန် ဖွဲ့စည်းထားသည်။

ပံ့ပိုးကူညီသူ(များ) အတွက် CSP စစ်ဆေးရန်စာရင်း

I. CSP တစ်ခုအတွက် ဘာတွေလိုအပ်လဲ။

- အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ သဘောတူညီချက်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးပြီးဖြစ်ပါစေ
- မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ အချက်အလက်များ ထုတ်ပြန်ရန် လက်မှတ်ရှိပါစေ
- မိဘကိုယ်စားလှယ်ဆိုတာ ဘာလဲဆိုတာကို ရှင်းပြပြီး သင့်ဒေသရှိ အကူအညီများထံမှ ကြားနာဖို့ စိတ်ဝင်စားလားလို့ မေးပါ
- နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ ရည်ညွှန်းချက်များအတွက် ထပ်ဆောင်းကဏ္ဍအထိ CSP ကဏ္ဍအားလုံးကို ဖြည့်စွက်ပါ
- မိသားစုအား CSP မိတ္တူ ကို အစည်းအဝေးအပြီးတွင် သို့မဟုတ် အချိန်မီ ပေးအပ်ပါ
- အယူခံလုပ်ငန်းစဉ်ကို မိသားစုကို ပြောပြပေးပါ

II. ဒေသန္တရအေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့ သို့ လွှဲပြောင်းမှုပြုလုပ်ရန် အဘယ်အရာ လိုအပ်သနည်း။

- အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ဆုံးဖြတ်ခြင်းအတွက် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူမှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော သဘောတူညီချက်ကို ထပ်ဆင့်ပေးပို့ပါ
- အေဂျင်စီများအတွင်း အဖွဲ့မှပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းအတွက် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူမှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော သဘောတူညီချက်ကို ထပ်ဆင့်ပေးပို့ပါ
- မိဘကိုယ်စားလှယ်ဆိုတာ ဘာလဲဆိုတာကို ရှင်းပြပြီး သင့်ဒေသရှိ အကူအညီများထံမှ ကြားနာရန် စိတ်ဝင်စားလားလို့ မေးပါ
- LIT မှ အဓိကလူများ အစည်းအဝေးတွင် ပါဝင်လာမည်ကို သေချာစေပြီးတွေ့ဆုံပွဲတွင် မိသားစုကို အလွန်အမင်းလွှမ်းမိုးခြင်းမဖြစ်စေရန် အရေအတွက် များများစားစား မရှိကြောင်း သေချာပါစေ
- အဖွဲ့၏အစည်းအဝေးတွင် CSP ပြီးမြောက်ခဲ့မှု

III. ကိစ္စရပ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရေးကော်မတီထံ လွှဲပြောင်းပေးပို့ရန် အဘယ်အရာလိုအပ်သနည်း။

- အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ဆုံးဖြတ်ခြင်းအတွက် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူမှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသည့် သဘောတူညီချက်ကို ထပ်ဆင့်ပေးပို့ပါ
- အေဂျင်စီများအတွင်း အဖွဲ့မှပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းအတွက် အချက်အလက်ထုတ်ပြန်ခြင်းဆိုင်ရာ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်ကို ထပ်ဆင့်ပို့ပါ
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့် ပညာရေးဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်ချရေးအာဏာပိုင်အဖွဲ့၏ စာရွက်စာတမ်း -- DCF ၏ အုပ်ထိန်းထားမှုတွင်မရှိသော ကလေး/လူငယ်များအတွက် ရပိုင်ခွင့်တွင် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့် ပညာရေးဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များအတွက် အခွင့်အာဏာရှိသူများ၏ စာရွက်စာတမ်းများ ပါရှိရမည်။ ၎င်းကို CSP တွင် မိဘနှစ်ပါးစလုံးမှ လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်း သို့မဟုတ် တရားရုံးက အတည်ပြုထားသော တစ်ဦးတည်းသော ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်စေသည့် အုပ်ထိန်းမိန့်၊ ကွာရှင်းစာချုပ်များ၊ သို့မဟုတ် မွေးစားခြင်းအမိန့်များ ကဲ့သို့သော စာရွက်စာတမ်းများဖြင့် စီစဉ်ပေးနိုင်ပါသည်။
- အခြေအနေ အပြည့်အစုံ အကျဉ်းချုပ်ပါသော CRC ကိုယ်စားလှယ်အတွက် တင်ပြစာ (ဘာတွေ လုပ်ဆောင်ပြီးပြီလဲ၊ ဘာတွေ မလုပ်ရသေးဖူးလဲ) စီစဉ်ပေးထားတဲ့ ဝန်ဆောင်မှုများ၊ အသင်းများ၏ ရည်မှန်းချက်များနှင့် မြင့်မားသော ကုသမှု၏ မျှော်မှန်းချက်များကား အဘယ်နည်း။
- မိဘကိုယ်စားလှယ်ဆိုတာ ဘာလဲဆိုတာ ရှင်းပြပြီး သူတို့ ဒေသရှိ အကူအညီများထံက ကြားနာရန် စိတ်ဝင်စားခြင်း ရှိမရှိ မေးမြန်းပါ
- နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ ရည်ညွှန်းချက်များအတွက် CSP နှင့် ထပ်ဆောင်းကဏ္ဍကို ပေးပို့ပါ
- နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ ရည်ညွှန်းလက်မှတ် စာမျက်နှာ
- လွန်ခဲ့သော 3 လအတွင်းက CANS အကဲဖြတ်မှု (ရမှတ်အပြည့်အစုံ လိုအပ်သည်)
- စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် စိတ်ရောဂါ ကဲ့သို့သော အကဲဖြတ်ခြင်းနှင့် ဆန်းစစ်ခြင်းများ
- သက်ဆိုင်ပါက လက်ရှိ IEP၊ 504 သို့မဟုတ် EST အစီအစဉ်
- ဆေးစာရင်းအပါအဝင် သက်ဆိုင်ရာ ဆေးမှတ်တမ်းများ
- ယခင်နေရာချထားမှုများ၏ အနှစ်ချုပ်များကို ထုတ်ပေးခြင်း

- DCF အုပ်ထိန်းခြင်းအောက်ရှိနေပါက၊ လတ်တလော စိတ်သဘောထား၊ ကိစ္စရပ်အစီအစဉ်နှင့် IV-E အရည်အချင်းပြည့်မီမှု (DCF 201R)
- Medicaid ကတ် သို့မဟုတ် Medicaid နံပါတ် မိတ္တူ
- ဂေဟာတွင်ထားရှိပြီး ကုသမှုသည် ၎င်းတို့၏ အာမခံ အကျိုးမဝင်ကြောင်း ပုဂ္ဂလိက အာမခံမှ စာရွက်စာတမ်း
- CRC သို့ လွှဲပြောင်းပေးမည့် အေဂျင်စီကို ခွဲခြားသတ်မှတ်ပါ

IV. ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့သို့ လွှဲပြောင်းမှုပြုလုပ်ရန် အဘယ်အရာ လိုအပ်သနည်း။

- အရည်အချင်းပြည့်မီမှု ဆုံးဖြတ်ခြင်းအတွက် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူမှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော သဘောတူညီချက်ကို ထပ်ဆင့်ပေးပို့ပါ
- အေဂျင်စီများအတွင်း အဖွဲ့မှပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းအတွက် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူထံ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော သတင်းအချက်အလက် ထုတ်ပြန်မှုကို ထပ်ဆင့်ပေးပို့ပါ
- မိဘကိုယ်စားလှယ်ဆိုတာ ဘာလဲဆိုတာ ရှင်းပြပြီး
SIT အဖွဲ့ဝင်ဖြစ်သည့် ကိုယ်စားလှယ်ထံမှ ပြောကြားမှုကို နားထောင်ရန် စိတ်ဝင်စားလား မိဘကို မေးပါ
- SIT မိသားစုလမ်းညွှန်ကို မိဘ/အုပ်ထိန်းသူထံ ပေးပါ
- SIT ညှိနှိုင်းရေးမှူး၏အခြေအနေအကျဉ်းချုပ် အတွက် တင်ပြစာနှင့် ဒေသန္တရအေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့က SIT သို့ ဖြေပေးစေချင်သည့် မေးခွန်းတွေက ဘာတွေလဲ
- CSP လုပ်ဆောင်ချက်၏ ဖြည့်စွက်ကဏ္ဍအထိ CSP ကို ဖြည့်စွက်ပါ

အရည်အချင်းပြည့်မီမှု သတ်မှတ်ခြင်းနှင့် ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်အတွက် သဘောတူညီချက်

| | |
|----------------|---------------|
| ကလေး/လူငယ်အမည် | ပံ့ပိုးကူညီသူ |
|----------------|---------------|

ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ် (Coordinated Services Plan, CSP) သည် ကလေးများနှင့် လူငယ်များ၏ မျှော်လင့်ချက်များနှင့် ပန်းတိုင်များကို သိရှိနားလည်စေရန် ကူညီပေးသည့် အဆင့်များအတိုင်း လုပ်ဆောင်ပေးသော လုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခုဖြစ်သည်။ ကလေး သို့မဟုတ် လူငယ် ဘဝအစီအစဉ်မှ လူများသည် လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပံ့ပိုးမှုများကို စုစည်းပေးသည့် အစီအစဉ်ကို ရေးဆွဲရန်အတွက် အဖွဲ့တစ်ခုအနေဖြင့် လုပ်ဆောင်ကြသည်။ မိဘတစ်ဦးအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် CSP အဖွဲ့၏ အဖွဲ့ဝင်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေးသည် CSP အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်းရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်ကို စတင်ရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ သဘောတူညီချက်ကို ပေးပါသည်။ ပုံမှန်အားဖြင့် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုသည် ကလေး/လူငယ်နှင့် သီးခြားအေဂျင်စီများ သို့မဟုတ် ဌာနများ မည်သို့ပါဝင်ပတ်သက်ကြောင်း အချက်အလက် စုဆောင်းပြီး ပြန်လည်သုံးသပ်သည့်အခါ ကနဦး CSP အစည်းအဝေး၏ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းဖြစ်သည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေးသည် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက၊ ကျွန်ုပ်တို့သည် ညှိနှိုင်းဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်ကို ရေးဆွဲရန် CSP အဖွဲ့အား သဘောတူညီချက် ပေးပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်သဘောပေါက်သည်မှာ-

- အချက်အလက်ဖြန့်ချိရေးပုံစံကို ကျွန်ုပ်တို့သည် သဘောတူလက်မှတ် ထိုးရပါမည်။ သတင်းအချက်အလက်ဖြန့်ချိမှုအတွက် သဘောတူညီချက်မှာ ပံ့ပိုးကူညီသူသည် ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေး၏အချက်အလက်များကို CSP အဖွဲ့နှင့် မျှဝေခွင့်ပြုမည်ဖြစ်သည်။
- ဤလက်မှတ်ထိုးထားသောပုံစံကိုရယူပြီး ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေးသည် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုရှိမရှိ သတင်းအချက်အလက် ဖြန့်ချိမှုအတွက် လက်မှတ်ရေးထိုးထားသောသဘောတူညီချက်ကို ပံ့ပိုးကူညီသူမှ ကျွန်ုပ်တို့အား အသိပေးပါမည်။
- ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ် ရေးဆွဲခြင်း လုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခုလျှောက် ပံ့ပိုးကူညီသူမှ စုဆောင်းရရှိသော မှတ်တမ်းများကို လျှို့ဝှက်ထားသည်။ ပံ့ပိုးကူညီသူသည် ဤမှတ်တမ်းများကို မျှဝေရမည်ဟု ဖော်ပြထားခြင်းမရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့၏သဘောတူညီချက်ကို ဦးစွာ ရေးသားခြင်းမရှိဘဲ အခြားသူများထံ မျှဝေမည်မဟုတ်ပါ။
- ပံ့ပိုးကူညီသူထံ စာဖြင့်ရေးသား၍ ဤမှတ်တမ်းများ၏မိတ္တူကို ကြည့်ရှုနိုင်သည် သို့မဟုတ် ရယူနိုင်သည်။
- ကျွန်ုပ်တို့လက်မှတ်ထိုးပြီးပါက ဤသဘောတူညီချက်ပုံစံ၏ မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်တို့ပေးပါမည်။

- ကျွန်ုပ်၏ သဘောတူညီချက်ကို မပေးပါက ပံ့ပိုးကူညီသူသည် ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား CSP အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်း ရှိ၊ မရှိ ဆုံးဖြတ်၍ မရသည့်အပြင် CSP ကိုလည်း ရေးဆွဲနိုင်မည်မဟုတ်ပေ။
- ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်မပေးပါက ကျွန်ုပ်ကလေး၏ လက်ရှိခံစားခွင့်များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ထိခိုက်မည်မဟုတ်ပါ။

| | အမည် အပြည့်အစုံ | လက်မှတ် | ရက်စွဲ |
|---------------------------------------|-----------------|---------|--------|
| မိဘ / အုပ်ထိန်းသူ | | | |
| သက်သေ | | | |
| ပညာရေးဆိုင်ရာ ကိုယ်စားမိဘ (ရှိပါက) | | | |

အချက်အလက်များကို ဖြန့်ဝေရန် သဘောတူညီချက်

| | |
|----------------|---------------|
| ကလေး/လူငယ်အမည် | ပံ့ပိုးကူညီသူ |
|----------------|---------------|

ကျွန်ုပ်၏ကလေးနှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များကို ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ် ရေးဆွဲရေးအဖွဲ့ (CSP အဖွဲ့) ထံ မျှဝေရန် သဘောတူညီပါသည်။ မိဘတစ်ဦးအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် CSP အဖွဲ့၏ အဖွဲ့ဝင်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်သည်မှာ-

- ကျွန်ုပ်ကလေး၏ အချက်အလက်များတွင် ပညာရေး၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ လူမှုရေးသမိုင်း၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်ချက်များနှင့် ကျွန်ုပ်ကလေးအား ပေးဆောင်သော ဝန်ဆောင်မှုမှတ်တမ်းများ ပါဝင်သည်။
- ကျွန်ုပ်ကလေး၏ အချက်အလက်များကို CSP အဖွဲ့၊ အဓိကစောင့်ရှောက်မှုပေးသူနှင့် မျှဝေသွားမည်ဖြစ်ပြီး၊ သို့မှသာ ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် CSP အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်း ရှိ၊ မရှိ ဆုံးဖြတ်နိုင်ကာ ကျွန်ုပ်၏ကလေးအတွက် CSP ကို ပြုစုပြီး အကောင်အထည်ဖော်နိုင်ပါသည်။
- ပံ့ပိုးကူညီသူထံ စာဖြင့်ရေးသား၍ CSP အဖွဲ့နှင့် မျှဝေထားသော ကျွန်ုပ်၏ကလေးအကြောင်း အချက်အလက်မိတ္တူကို ကြည့်ရှုနိုင်သည် သို့မဟုတ် ရယူနိုင်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်ကလေး၏ အချက်အလက်သည် လျှို့ဝှက်ဖြစ်ကြောင်း CSP အဖွဲ့မှ သိပါသည်။ ဥပဒေအရ မျှဝေရမည်ဟု ဖော်ပြထားခြင်းမရှိပါက အဖွဲ့သည် ကျွန်ုပ်၏ကလေးနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကို အခြားသူများထံ စာဖြင့်ရေးသား၍ ကျွန်ုပ်၏သဘောတူညီချက်ကို မရရှိဘဲ မျှဝေမည် မဟုတ်ပါ။
- CSP အဖွဲ့သည် အချက်အလက်ကို အသုံးပြုပြီးသောအခါမှလွဲ၍ ပံ့ပိုးကူညီသူထံ စာဖြင့်ရေးသားခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်၏သဘောတူညီချက်ကို အချိန်မရွေး ရယူနိုင်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏သဘောတူညီချက်ကို မပေးပါက၊ CSP အဖွဲ့သည် ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား CSP အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်း ရှိ၊ မရှိ ဆုံးဖြတ်နိုင်မည် ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် CSP ရရှိမည်မဟုတ်ပါ။
- ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်မပေးပါက ကျွန်ုပ်ကလေး၏ လက်ရှိခံစားခွင့်များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ထိခိုက်မည်မဟုတ်ပါ။
- ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ထိုးပြီးပါက ဤသဘောတူညီချက်ပုံစံ၏ မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်ပေးပါမည်။
- ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ပေးမှု အစီအစဉ်ရေးဆွဲခြင်း လုပ်ငန်းစဉ်၏ အသုံးဝင်မှုဆိုင်ရာ အထွေထွေအချက်အလက်များကို ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့မှ စုဆောင်းပါသည်။ ကျွန်ုပ်ကလေး၏ CSP မှ အချက်အလက်များကို ဤကြိုးပမ်းမှုတွင် အသုံးပြုနိုင်သော်လည်း ကျွန်ုပ်၏ကလေးနှင့် မိသားစုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ဖော်ထုတ်မည်မဟုတ်ပါ။

ဤသဘောတူညီချက်ပုံစံသည် ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ထိုးသည့်နေ့မှစ၍ တစ်နှစ်တွင် သက်တမ်းကုန်ဆုံးသည်။

| | |
|--|---|
| <p>ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ပေးမှု အစီအစဉ် အစည်းအဝေး မတိုင်မီ ကျွန်ုပ်၏ ဒေသန္တရအေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့၏ မိဘကိုယ်စားလှယ်နှင့် စကားပြောလိုပါသည်။</p> <p>အက်ဥပဒေ 264 နှင့် ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ပေးမှု အစီအစဉ် အကြောင်း ပိုမိုသိရှိလိုပါက www.act264.vt.gov သို့ သွားနိုင်ပါသည်။</p> | <input type="checkbox"/> ပြောလို <input type="checkbox"/> မပြောလို |
|--|---|

| | အမည် အပြည့်အစုံ | လက်မှတ် | ရက်စွဲ |
|------------------------------------|-----------------|---------|--------|
| မိဘ / အုပ်ထိန်းသူ | | | |
| သက်သေ | | | |
| ပညာရေးဆိုင်ရာ ကိုယ်စားမိဘ (ရှိပါက) | | | |

CSP မတိုင်မီ မိသားစုနှင့်အတူ အပိုင်း I ကို ဖြည့်စွက်ရပါမည်

I. ကလေး/လူငယ်နှင့် မိသားစု အချက်အလက်

| | |
|--|--|
| ကလေး/လူငယ် အမည်- | မွေးရာပါ လိင်သတ်မှတ်ချက်- <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ လိင်ခံယူချက် (ချန်လှုပ်ထားနိုင်သည်)- |
| မွေးသက္ကရာဇ်- အသက်- | ဖော်ပြပါတို့မှ ကလေး/လူငယ်ကို မိသားစုမှ ဘယ်လိုသတ်မှတ် ပါသလဲ (သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ပါ)- <input type="checkbox"/> အဘဘဏ်အဖွဲ့ <input type="checkbox"/> အလက်စကာဇာတီ <input type="checkbox"/> အမေရိကန် အိန္ဒိယ <input type="checkbox"/> အာရှ <input type="checkbox"/> လူမဲ/အာဖရိကန် အမေရိကန် <input type="checkbox"/> အရှေ့အလယ်ပိုင်း သို့မဟုတ် မြောက်အာဖရိက <input type="checkbox"/> ဟာပိုင်ယီ ဇာတိ သို့မဟုတ် အခြား ပစိဖိတ်ကျွန်းသား <input type="checkbox"/> ဟစ်စပန်နစ်၊ လက်တင်နို သို့မဟုတ် စပိန် <input type="checkbox"/> လူဖြူ <input type="checkbox"/> အခြား <input type="checkbox"/> အစီရင်ခံစာထားပါ/မဖြေရန် ရွေးချယ်ခဲ့သည် |
| ဤကလေး/လူငယ်ကို အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်(များ)- <i>ထို့အပြင်၊ ဆုံးဖြတ်ချက်ချပိုင်ခွင့်ရှိသူ (ရှုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ရေးနှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်ချခြင်း) ကို အကျဉ်းချုံးဖော်ပြရန် လိုအပ်သည် စာရွက်စာတမ်းစာရင်းအား ကြည့်ပါ။</i> | |
| မိဘအမည်- | လက်ရှိနေထိုင်သည့် လိပ်စာ- စာပို့လိပ်စာ- ဖုန်း- အီးမေးလ်- |
| မိဘအမည်- | လက်ရှိနေထိုင်သည့် လိပ်စာ- အထက်ပါအတိုင်းဖြစ်သည် <input type="checkbox"/> စာပို့လိပ်စာ- ဖုန်း- အီးမေးလ်- |
| တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ (ရှိပါက) | လိပ်စာ- ဖုန်း- |
| ပညာရေးဆိုင်ရာ ကိုယ်စားမိဘ (ရှိပါက)- | လိပ်စာ- ဖုန်း- |
| လက်ရှိပြုစုစောင့်ရှောက်ပေးသူ၏ အမည်(များ) နှင့် ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်များ (အထက်နှင့်မတူပါက)- | |
| DCF တွင်ပါဝင်ပါက အပိုင်း E ကိုဖြည့်ပါ။ | |

A. အပြုအမူနှင့် စိတ်ကျန်းမာရေး

| DSM-5 ရောဂါရှာဖွေခြင်း | ICD ကုဒ် | ရက်စွဲ | ထုတ်ပေးသူ |
|---------------------------------|----------|--------|-----------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| လက်ရှိသောက်နေသော ဆေးများစာရင်း- | | | |

B. ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအချက်အလက်

| အဓိကစောင့်ရှောက်သောဆရာဝန်- | | |
|---|--------|--------------|
| ဆေးဘက်ဆိုင်ရာပြဿနာ သို့မဟုတ် ရောဂါရှာဖွေခြင်း | ရက်စွဲ | ပံ့ပိုးပေးသူ |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| လက်ရှိသောက်နေသော ဆေးများစာရင်း- | | |

ဤကလေး/လူငယ်သည် ဖွံ့ဖြိုးမှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း တွေ့ရှိပါသလား။
 အရည်အချင်းပြည့်မီသည်၊ ဝန်ဆောင်မှုများလက်ခံရသည် အရည်အချင်းပြည့်မီသည်၊ ဝန်ဆောင်မှုများ ဆိုင်းငံ့ထားသည်
 အကဲဖြတ်ခြင်း လုပ်ဆောင်ဆဲ အကဲဖြတ်ပြီးပြီ အရည်အချင်းမပြည့်မီကြောင်း တွေ့ရှိပါသည် ကိုးကားရန် လိုအပ်သည်
 ဟုတ်ပါက၊ အရည်အချင်းပြည့်မီသောနှစ်- _____ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ပြုလုပ်သည့် သတ်မှတ်ထားသော အေဂျင်စီ- _____

C. ကျန်းမာရေး အာမခံ

ကလေး/လူငယ် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသလား။ မရှိပါ ရှိပါသည်
 Medicaid - နံပါတ်- _____ Third Party/Commercial - ဝန်ဆောင်မှုပေးသူနှင့် နံပါတ်-

D. မွေးစားခြင်း အခြေအနေ

ကလေး/လူငယ်ကို မွေးစားခဲ့တာလား။ ဟုတ် မဟုတ် ဆိုင်းငံ့ဆဲ
 မွေးစားစဉ်က ကလေးက အသက်ဘယ်လောက်လဲ။ _____

E. DCF ပါဝင်ပတ်သက်မှု

| သက်ဆိုင်သမျှကို ဖြည့်စွက်ပါ။ | |
|---|--|
| ကလေး/လူငယ်ကို DCF က အုပ်ထိန်းထားပါသလား။ | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် |
| လက်ရှိအခြေအနေအရ အုပ်ထိန်းအမိန့်ရှိပါသလား။ | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် ဟုတ်ပါက ဘယ်သူထံမှလဲ။ |
| DCF ဖြင့် ဖွင့်ထားသော မိသားစုဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်ရှိပါသလား။ | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် |
| DCF လူမှုဝန်ထမ်း | |
| လူငယ်သည် အရွယ်မရောက်သေးသူအဖြစ် | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် |

| | |
|--|--|
| အစမ်းသပ်ကာလတွင်ရှိနေပါသလား။ | |
| လူငယ်သည် ငယ်ရွယ်သော ပြစ်မှုကျူးလွန်သူ အခြေအနေတွင် ရှိပါသလား။ | <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ် |
| မွမ်းမံဌာနမှတစ်ဆင့် သက်ကြီးလူငယ် အထူးကျွမ်းကျင်သူ အစမ်းစစ်ဆေးရေးမှူး | |
| တရားရုံးမှ ခန့်အပ်ထားသော အုပ်ထိန်းသူ | |

CSP အစည်းအဝေးတွင် ဖြည့်စွက်ရမည့်အချက်အလက်များ

I. ရည်ညွှန်းရသည့် အကြောင်းရင်း

| လွှဲပြောင်းခြင်းအတွက် အကြောင်းရင်းကား အဘယ်နည်း။ | | |
|---|---------|------------------------|
| CSP- | ရက်စွဲ- | လာမည့်အစည်းအဝေးရက်စွဲ- |
| LIT- (ရှိပါက) | ရက်စွဲ- | |
| CRC- (ရှိပါက) | ရက်စွဲ- | |
| SIT- (ရှိပါက) | ရက်စွဲ- | |

II. အစည်းအဝေးအတွက် ပံ့ပိုးကူညီသူ(များ)

| | |
|-----------------------------|---|
| CSP ပံ့ပိုးကူညီသူအမည်(များ) | အေဂျင်စီ- လိပ်စာ- တယ်လီဖုန်း နံပါတ်- အီးမေးလ်- |
| LIT ညှိနှိုင်းရေးမှူးအမည် | အေဂျင်စီ- လိပ်စာ- တယ်လီဖုန်း နံပါတ်- အီးမေးလ်- |

III. CSP အဖွဲ့တွင် ပါဝင်သူများ

| အမည် (ကျေးဇူးပြု၍ ဖြည့်စွက်ပါ) | လက်မှတ်နှင့် ကလေး/လူငယ် နှင့် တော်စပ်ပုံ | နောက်ဆက်တွဲအစည်းအဝေးများအတွက် - သင်တက်ရောက်ခဲ့လျှင်လက်မှတ်တိုထိုးပေးပါ |
|--------------------------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

ကလေး/လူငယ်အမည်- _____

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

IV. လူမှုဆက်ဆံရေးများ- ကျွန်ုပ်နှင့် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစုအတွက် ဘယ်သူက အရေးကြီးတာလဲ။

ကျွန်ုပ်နှင့် ကျွန်ုပ်၏မိသားစုအတွက် အရေးကြီးသော သို့မဟုတ် အထောက်အကူဖြစ်စေမည့်သူများ (ဥပမာ၊ မိသားစု၊ တိုးချဲ့မိသားစုဝင်များ၊ သူငယ်ချင်းများ၊ အိမ်နီးနားချင်းများ၊ ဝတ်ပြုရာအရပ်မှ လူများ၊ ရပ်ရွာအရင်စီများ၊ ကျောင်း၊ ကလေးစောင့်ရှောက်ရေး၊ အခြားဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများ။)

*ဤအချက်အလက်ကို အခြေခံ genogram သို့မဟုတ် eco-map အဖြစ် ပံ့ပိုးပေးနိုင်သော်လည်း ၎င်းကို ဤပုံစံဖြင့် ပေးဆောင်ရန် မလိုအပ်ပါ။
genograms နှင့် eco-maps များပြုလုပ်ပုံအကြောင်း နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို သိရှိရန် သင်သွားပါ -*

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

ကလေး/လူငယ်များသည် CSP တွင် မပါဝင်ပါက၊ အဖွဲ့ဝင်များ (အားကစား၊ ကလပ်များ၊ အရပ်ဘက်အဖွဲ့များ)၊ ဆရာ၊ နည်းပြများ၊ လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်များ ကဲ့သို့သော မည်သူသည် အရေးကြီးပြီး မည်သူပါဝင်ရမည်ကိုသိပါစေ။

စောင့်ရှောက်သူအနေဖြင့် မည်သို့အကူအညီ ရယူလိုသနည်း။

(စာဖြင့်ရေးသားထားသည်များကို ကြည့်လိုသလား၊ ကြားလိုသလား၊ ၎င်းတို့အကြောင်း ပြောလိုသလား၊ အလားတူ စိန်ခေါ်မှုများနှင့် ကြုံနေရသူတို့နှင့် တွေ့လိုသလား၊ အင်္ဂလိပ်ဘာသာ သင်ယူဆဲဖြစ်၍ စကားပြန်လိုသလား၊ အမြင် သို့မဟုတ် အကြားအာရုံ ချို့တဲ့မှုကြောင့် အထောက်အပံ့ လိုသလား။)

V. ခံနိုင်ရည်ရှိမှု အကြောင်းရင်းများနှင့် လိုအပ်ချက်များ- ကျွန်ုပ် (ကလေး/လူငယ်) နှင့် ကျွန်ုပ်၏မိသားစုနှင့် ပတ်သက်၍ အရေးကြီးသော သိစရာတွေက ဘာလဲ။

| | |
|--|--|
| <p>1. ကျွန်ုပ် (ကလေး/လူငယ်) နှင့် ကျွန်ုပ်၏ မိသားစုအတွက် မျှော်မှန်းချက်နှင့် ပန်းတိုင်များမှာ အဘယ်နည်း (ကလေး/လူငယ်နှင့်ဆိုင်သည့် ပန်းတိုင်များ)။</p> | |
| <p>2. ထိုမျှော်မှန်းချက်နှင့် ပန်းတိုင်များအတွက် အကူအညီဖြစ်မည့် ကျွန်ုပ် (ကလေး/လူငယ်) နှင့် ကျွန်ုပ်မိသားစု၏ အားသာချက်များ၊ စိတ်ပါဝင်စားမှုများနှင့် ရင်းမြစ်များမှာ အဘယ်နည်း။</p> | |
| <p>3. ကျွန်ုပ်၏ ပန်းတိုင်များသို့ လှမ်းချီရာတွင် ထည့်သွင်းစဉ်းစားရမည့် ကျွန်ုပ် (ကလေး/လူငယ်) ၏ လိုအပ်ချက်များ၊ စိန်ခေါ်မှုများ၊ ပူပန်စရာများနှင့် ဦးစားပေး ရွေးချယ်မှုများမှာ အဘယ်နည်း။ (ယင်းတို့ကို ဖော်ထုတ်ရန် ရှိပြီးသား အစီအစဉ်များနှင့် အကဲဖြတ်မှုများအပြင် လက်ရှိ အတွေ့အကြုံများကို အသုံးပြုပါ။)</p> | |

VI. အပြုအမူဆိုင်ရာ စိုးရိမ်မှုများ

ကျေးဇူးပြု၍ CSP ကို ကျင်းပခြင်း၏ အကြောင်းရင်းများအပေါ် အခြေခံ၍ သက်ဆိုင်ရာရှိပါက အောက်ဖော်ပြပါ စစ်ဆေးစာရင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ။
စိတ်ကျန်းမာရေးဌာနမှ လွှဲပြောင်းပေးခြင်း ဖြစ်ပါက အဆိုပါ လိုအပ်ချက်များနှင့် အားသာချက်များကို ပြသပေးမည့် နောက်ဆုံးရ ကလေးနှင့် ဆယ်ကျော်သက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်နှင့် အားသာချက်များ (CANS) အကျဉ်းချုပ်ကို ပူးတွဲထည့်သွင်းပေးရမည်။

ကလေး/လူငယ်များ ပြသထားသည့် အောက်ဖော်ပြပါ အကွက်များအားလုံးကို စစ်ဆေးပါ။ သူ/သူမ၏ အသက်အုပ်စုရှိ အခြားသူများနှင့် နှိုင်းယှဉ်ပါက အပြုအမူကို အမှတ်အသားပြုပါ။

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> အောက်ဖော်ပြပါတစ်ခုမှ သက်ရောက်မှုမရှိပါ | | |
| <input type="checkbox"/> ရှုပ်ထွေး/ထူးဆန်းသော အယူအဆများရှိသည် | <input type="checkbox"/> စိတ်မြန်သည် | <input type="checkbox"/> အလွန်ဝမ်းနည်းသည် |
| <input type="checkbox"/> မသင့်လျော်သော အပြုအမူရှိသည် | <input type="checkbox"/> ထွက်ပြေးသည် | <input type="checkbox"/> စိုးရိမ်စိတ်ရှိသည် (တစ်ခုတည်းကို စိတ်စုစည်းခြင်း/ စိတ်ပေါက်ကွဲထွက်ခြင်း အပြုအမူများ ပါဝင်နိုင်သည်) |
| <input type="checkbox"/> စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ပြဿနာရှိသော တုံ့ပြန်မှုများ | <input type="checkbox"/> အာရုံခံစိန်ခေါ်မှုများ | <input type="checkbox"/> မူးယစ်ဆေးသုံးစွဲခြင်း |
| <input type="checkbox"/> လူမှုဆက်ဆံရေး နှင့်/သို့မဟုတ် ရှောင်ရှားခြင်း လူမှုဆိုင်ရာနှင့် သီးခြားခွဲနေခြင်း | <input type="checkbox"/> မီးညှိခြင်း သို့မဟုတ် မီးဖြင့်ကစားခြင်း | <input type="checkbox"/> ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ (ခန္ဓာပိုင်း) မကျေနပ်ချက်များ အမည်မသိ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကြောင်းပြချက်ဖြင့် |
| <input type="checkbox"/> ဂနာမငြိမ်ခြင်း | <input type="checkbox"/> ကန့်သတ်ချက်များကို လက်ခံရန် ငြင်းဆိုခြင်း | <input type="checkbox"/> ဝမ်းနှင့် ဆီးအိမ်ပြဿနာများ (ဆီးပေါက်ချခြင်း/အီးပါချခြင်း) |
| <input type="checkbox"/> နှုတ်ဖြင့် ရန်လိုခြင်း | <input type="checkbox"/> မိမိကိုယ်ကို ထိခိုက်စေသော အပြုအမူ | <input type="checkbox"/> ကျောင်းက အမြဲတမ်းလိုလို ငြင်းဆိုခံရခြင်း |
| <input type="checkbox"/> လူတွေ့အပေါ် ရန်လိုခြင်း | <input type="checkbox"/> သေကြောင်းကြံခြင်း | <input type="checkbox"/> ကျောင်းဆင်းခွဲ/ထုတ်ပယ်ခြင်း |
| <input type="checkbox"/> ပစ္စည်းဥစ္စာကို ရန်လိုခြင်း | <input type="checkbox"/> သတ်သေခြင်းအပြုအမူ | <input type="checkbox"/> ကိုယ် သို့မဟုတ် နှုတ်ဖြင့်ပြောသောစကား |
| <input type="checkbox"/> လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ပြဿနာရှိသော အပြုအမူ | <input type="checkbox"/> ခိုးခြင်း | <input type="checkbox"/> ပြင်းထန်သော အအိပ်ပျက်ခြင်း |
| <input type="checkbox"/> မိသားစုကို အလွန်အမင်း ရှောင်ကြဉ်ခြင်း | <input type="checkbox"/> တိရစ္ဆာန်များကို ရက်စက်ခြင်း | <input type="checkbox"/> ဥပဒေပြဿနာများ |
| <input type="checkbox"/> မိသားစုအပေါ် အလွန်အမင်း မှီခိုခြင်း | <input type="checkbox"/> အစား မူမမှန်ခြင်း | <input type="checkbox"/> အခြား |
| <input type="checkbox"/> စိတ်ဒဏ်ရာကို ပြုပြင်ပြောင်းလဲရန် စိန်ခေါ်မှုများ | <input type="checkbox"/> ခြိမ်းခြောက်သော အပြုအမူ လက်နက် ကိုင်ဆောင်ခြင်း | |
| အထက်ဖော်ပြပါ အပြုအမူဆိုင်ရာ စိုးရိမ်ပူပန်မှုများနှင့် ၎င်းတို့ဖြစ်ပေါ်လာသည့် ဆက်တင်များကို ကျေးဇူးပြု၍ ချဲ့ထွင်ပါ- | | |

VII. ကလေး/လူငယ်၏ ပညာရေးအခြေအနေ

| | |
|---|-------------------------------------|
| ကျောင်းတက်ခြင်း*- ခရိုင်/ကြီးကြပ်ရေးသမဂ္ဂ- *ကလေး/လူငယ်သည် အိမ်တွင် ကျောင်းတက်နေပါက ကျောင်းတက်နေသည့်အချိန်ကို ဖော်ပြပါ | မိဘ(များ)နေထိုင်ရာမြို့- |
| အဆင့်- | ကျောင်းအဆက်အသွယ် (အမည်နှင့် ရာထူး)- |
| | ဖုန်း- |

A. အထူးပညာရေးအဆင့်အတန်း

| | | | | | |
|---|-------------|--|-------|---|--|
| <input type="checkbox"/> IEP တွင် အကျုံးဝင်သည် | | <input type="checkbox"/> အကဲဖြတ်ခြင်းလုပ်ဆောင်နေဆဲ | | <input type="checkbox"/> ကိုးကားရန် လိုအပ်သည် | |
| <input type="checkbox"/> အကျုံးဝင်သည်၊ IEP ဆိုင်းငံ့ထားသည် | | <input type="checkbox"/> အကဲဖြတ်ပြီး၊ အကျုံးဝင်ကြောင်း တွေ့ရှိရသည် | | | |
| မသန်စွမ်းမှု- | ပင်မအပိုင်း | ဒုတိယပိုင်း | အခြား | | |
| အသက် 16 နှစ်နှင့်အထက်ဖြစ်ပါက IEP တွင် အကူးအပြောင်းအစီအစဉ် ပါဝင်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ပါဝင် <input type="checkbox"/> မပါဝင် | | | | | |
| အထူးပညာရေး စီမံခန့်ခွဲသူ- | | | | ဖုန်း- | |
| ကျေးဇူးပြု၍ သိမြင်မှု သို့မဟုတ် လိုက်လျောညီထွေရှိသော လုပ်ဆောင်မှုဆိုင်ရာ မှတ်သားဖွယ်ရာများကို ဖော်ပြပါ- | | | | | |

B. အခန်း 504/EST အခြေအနေ

| | | |
|--------------------------------------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> 504 အစီအစဉ် | <input type="checkbox"/> 504 ညှိနှိုင်းရေးမှူးကို ကိုးကားရန် လိုအပ်သည်- | ဖုန်း- |
| <input type="checkbox"/> EST အစီအစဉ် | <input type="checkbox"/> EST ညှိနှိုင်းရေးမှူးကို ကိုးကားရန် လိုအပ်သည်- | ဖုန်း- |

D. ပညာရေးဆိုင်ရာနေရာချထားမှု- ယခင်/ လက်ရှိနှင့် အဆိုပြုထားသော ပညာရေးဆိုင်ရာနေရာချထားမှုများကို ညွှန်ပြရန် အကွက်များကို စစ်ဆေးပါ။

| နေရာချထားမှု အမျိုးအစား (သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ပါ) | ယခင် | လက်ရှိ | အဆိုပြုထားသည် |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| အထွေထွေပညာရေး စာသင်ခန်း သို့မဟုတ် အစောပိုင်းစောင့်ရှောက်ပြုစုခြင်းနှင့် သင်ယူခြင်း | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| အထွေထွေပညာရေး စာသင်ခန်း + အတန်းတွင်း ပံ့ပိုးကူညီမှုနှင့်/သို့မဟုတ် နေရာထိုင်ခင်းများ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| အထွေထွေပညာရေး စာသင်ခန်း + အထူးပြုသင်ကြားမှု နှင့်/သို့မဟုတ် စာသင်ခန်းပြင်ပ အခြားပံ့ပိုးမှုများ (ကျောင်းအခြေပြု အစောပိုင်းကလေးဘဝ အထူးပညာရေး၊ Headstart ပါဝင်နိုင်သည်) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| သီးခြား စာသင်ခန်း/အခြား LEA အစီအစဉ် (ကျောင်းကွင်းတွင် သို့မဟုတ် ပြင်ပတွင် ဖြစ်နိုင်သည်) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| သီးခြားကျောင်း/နေ့ ကုသမှုအစီအစဉ် | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ကျူတိုရီရယ် | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ဘော်ဒါကျောင်း | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ကုတင်ပေါ်တွင် သို့မဟုတ် ဆေးရုံတွင် သင်ကြားခြင်း | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| အိမ်တွင်းလေ့လာမှု (“အိမ်တွင်စာသင်ခြင်း”) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ကျောင်းမတက်ရ - အထွေထွေပညာရေးဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု (GED) ဘွဲ့ကို ရရှိခဲ့သည် | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ကျောင်းမတက် - ကျောင်းထွက်/ဆိုင်းငံ့/ထုတ်ပယ် | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| အခြား (အောက်တွင် ဖော်ပြပါ)- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ကျေးဇူးပြု၍ အဆိုပြုထားသော ပညာရေးဆိုင်ရာ နေရာချထားမှုကို ဖော်ပြပါ (၎င်းသည် IEP အဖွဲ့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်အရ ဖြစ်နိုင်သည်။)။ | | | |

VIII. ကလေးနှင့် မိသားစုအတွက် ပံ့ပိုးမှုများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ

ဤအချက်အလက်သည် ကလေး၏လိုအပ်ချက်များနှင့် မိသားစုအတွက် ပေးလိုသောဆန္ဒအရဖြစ်သည်။ ဤစာရင်းသည် အထောက်အကူဖြစ်စေမည့် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ပတ်သက်သော အကြံဉာဏ်များကို ဖန်တီးရန် ရည်ရွယ်ပါသည်။ ၎င်းသည် အားလုံးပါဝင်ရန် သို့မဟုတ် တီထွင်ဖန်တီးမှုနှင့် သီးသန့်တွေးခေါ်မှုကို ကန့်သတ်ရန် မဆိုလိုပါ။

| ဝန်ဆောင်မှုများ | ပံ့ပိုးပေးသည့်အေဂျင်စီ သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးပေးရန် အဆိုပြုထားသည့်အေဂျင်စီ | ယခင် | လက်ရှိ | အဆိုပြုထားပြီး ပြုထားသည့် အချိန် |
|--|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| ကလေးထိန်း/ကျောင်းချိန်နောက်ပိုင်း အစီအစဉ် | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| လမ်းညွှန်ခြင်း | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အကဲဖြတ်ခြင်း- <input type="checkbox"/> စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ <input type="checkbox"/> ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ <input type="checkbox"/> အာရုံကြောဆိုင်ရာ <input type="checkbox"/> အရာဝတ္ထုအသုံးပြုမှု <input type="checkbox"/> အခြား | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အပြုအမူပံ့ပိုးမှု | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| ကိစ္စရပ်စီမံခန့်ခွဲခြင်း/ ဝန်ဆောင်မှုညှိနှိုင်းခြင်း | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| ယာယီ <input type="checkbox"/> နာရီအလိုက် <input type="checkbox"/> ညအိပ် | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| ကျောင်းအခြေပြု ဆေးခန်းမှူး | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အကြံပေးခြင်း- <input type="checkbox"/> မိသားစု <input type="checkbox"/> တစ်ဦးချင်း <input type="checkbox"/> အဖွဲ့ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အထူးကြပ်မတ်သော မိသားစုအခြေပြု ဝန်ဆောင်မှုများ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အိမ်အခြေပြု မိဘအုပ်ထိန်းမှု ပံ့ပိုးမှု | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| ဆေးဝါး | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အသိုင်းအဝန်း စွမ်းရည်ဆိုင်ရာ အလုပ် | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| ဆေးဝါးအသုံးပြုကုသခြင်း (လူငယ်အတွက်) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အသက်မွေးဝမ်းကြောင်း/ အလုပ်အကိုင်ဝန်ဆောင်မှုများ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အိမ်နှင့် ရပ်ရွာအခြေပြု ဝန်ဆောင်မှုများ/ ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ("စွန့်လွှတ်ခြင်း") | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| ကလေးများ၏ တစ်ကိုယ်ရေ စောင့်ရှောက်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အဆင့်မြင့်နည်းပညာဖြင့် သူနာပြုဝန်ဆောင်မှုများ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |

| ဝန်ဆောင်မှုများ | ပံ့ပိုးပေးသည့်အေဂျင်စီ သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးပေးရန် အဆိုပြုထားသည့်အေဂျင်စီ | ယခင် | လက်ရှိ | အဆိုပြုထားပြီး ပြုထားသည့် အချိန် |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--|
| အမြဲတမ်းနောက်ပိုင်း အထောက်အပံ့ နှင့်/သို့မဟုတ် ထောက်ပံ့ကြေး (မွေးစားခြင်း သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းမှုအကူအညီ) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| မိသားစု လုံခြုံရေး အစီအမံချခြင်း/မိသားစုအုပ်စု ကွန်ဖရင့် | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| SSI အကျိုးကျေးဇူးများ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| လမ်းပန်းဆက်သွယ်ရေး | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| မိသားစုအကြမ်းဖက်မှုကို ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းရန် ဝန်ဆောင်မှုများ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အခြား (အောက်တွင် ဖော်ပြပါ)- | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အခြား (အောက်တွင် ဖော်ပြပါ)- | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အခြား (အောက်တွင် ဖော်ပြပါ)- | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အခြား (အောက်တွင် ဖော်ပြပါ)- | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| အခြား (အောက်တွင် ဖော်ပြပါ)- | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |

IX. ပြဿနာဖြေရှင်းရန် ကြိုတင်ပြင်ဆင်ရေး အစီအစဉ်

ကလေး၊ သို့မဟုတ် လူငယ်သည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပြဿနာများရှိလျှင်၊ စိတ်ကျန်းမာရေးကြောင့် ဆေးရုံတင်ရယူလျှင်၊ သို့မဟုတ် အန္တရာယ်များသည့်၊
သို့မဟုတ် ဘေးမကင်းသည့် အပြုအမူများ ပြုသလျှင် အကျပ်အတည်းဖြစ်ပါက ကြိုတင်လက်ဦးမှီရယူနိုင်ရန် အစီအစဉ်တစ်ရပ် ရေးဆွဲထားရန်
အဖွဲ့များကို အထူးအားပေးပါသည်။ အပြုအမူအစီအစဉ် သို့မဟုတ် ဘေးကင်းရေးအစီအစဉ်တွင် သဘောတူညီထားသည့် လက်ရှိအခြေအနေများအလိုက်
လိုအပ်ချက်များကို ဖြေရှင်းပေးသည့် စာရွက်စာတမ်းများကို ပူးတွဲတင်ပြနိုင်ပါသည်။

1. ပြဿနာဖြေရှင်းရေး အစီအစဉ်တစ်ခု လိုအပ်သည် ဟုတ်၊ ဆိုပါက အောက်ပါမေးခွန်း 2 မှ 8 ကိုဖြေပါ
 မဟုတ်၊ ဆိုပါက ဘာကြောင့် မလုပ်တာလဲ။
2. ပြဿနာက ဘယ်လိုပုံစံလဲ။
3. ပြဿနာကို ဖြစ်ပေါ်စေနိုင်သည့် အကြောင်းရင်းများ/စိတ်ဖိစီးမှုများက အဘယ်နည်း။

- 4. ပြဿနာကို တားဆီးရန် ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းရေး ဗျူဟာများသည် အဘယ်နည်း။ (ပြဿနာကို တားဆီးရန်၊ လျှော့ချရန် သို့မဟုတ် တိုးမြှင့်လာစေရန် ကျွမ်းကျင်မှုနှင့် ဗျူဟာများကို ဖော်ပြပါ။)
 - 5. ဘေးကင်းစေရန်နှင့် တိုးမြှင့်လာမှုကို အားပေးရန် ကလေးနှင့် အခြားသူများ ပြဿနာအတွင်း အသုံးပြုနိုင်သည့် ဗျူဟာများကား အဘယ်နည်း။
 - 6. ဆက်သွယ်ရမည့် အဓိကပုဂ္ဂိုလ်တွေက ဘယ်သူတွေလဲ၊ ဘယ်အချိန်မှာ ဆက်သွယ်သင့်သလဲ။
 - 7. ပြဿနာတစ်ခုတွင် ဘာလုပ်သင့်သနည်း။
 - 8. ရဲတပ်ဖွဲ့၊ စိတ်ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးသူများ၊ နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးရုံများသည် မည်သည့်အချိန်တွင် ပါဝင်သင့်သနည်း။
- ကျေးဇူးပြု၍ မှတ်သားပါ- တာဝန်ရှိသူကြီးများတွင် အစီအစဉ်ကို ပြုပြင်ပြောင်းလဲရန် လိုအပ်သည့် အထူး သို့မဟုတ် ပုံမှန်မဟုတ်သော အခြေအနေများ ရှိနိုင်ပါသည်။*

X. နောက်ဆက်တွဲနှင့် နောက်ထပ်အဆင့်များ

| |
|---|
| CSP နောက်ဆက်တွဲ အစည်းအဝေးအတွက် နေ့ရက်နှင့် အချိန်- |
| နောက်ထပ်အဆင့်များနှင့် တာဝန်ရှိသူများ <ul style="list-style-type: none"> • • |

အရေးကြီးမှတ်ချက်- မိဘအပါအဝင် CSP အဖွဲ့၏အဖွဲ့ဝင်တိုင်းသည် ပံ့ပိုးကူညီမှုများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် နောက်ထပ်ပံ့ပိုးမှုများ၊ အကြံဉာဏ်များနှင့်/သို့မဟုတ် အကြံပြုချက်များကို လိုချင်ပါက ၎င်းတို့၏ ဒေသန္တရအေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့သို့ လွှဲပြောင်းပေးပို့နိုင်ပါသည်။

အယူခံလုပ်ငန်းစဉ်

Coordinated Services Planning Teams အများစုသည် ကလေး သို့မဟုတ် လူငယ်ဆိုင်ရာ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ပေးမှု အစီအစဉ်ကို ရေးသားပြီး အောင်မြင်စွာ အကောင်အထည်ဖော်နိုင်ကြသည်။ တစ်ခါတစ်ရံတွင်၊ အဖွဲ့တစ်ဖွဲ့သည် နည်းပညာအကူအညီ၊ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးခြင်း သို့မဟုတ် အငြင်းပွားမှုဖြေရှင်းခြင်းအတွက် ၎င်း၏ ဒေသန္တရအေဂျင်စီများအတွင်း အဖွဲ့ (Local Interagency Team, LIT) သို့ ပြောင်းလဲရန် လိုအပ်ပါသည်။ ရံဖန်ရံခါတွင်၊ LIT သည် နည်းပညာအကူအညီ၊ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးခြင်း သို့မဟုတ် အငြင်းပွားမှုဖြေရှင်းခြင်းအတွက် ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့ (State Interagency Team, SIT) သို့ ဦးတည်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ Coordinated Services Planning Team ၏ အဖွဲ့ဝင်များအနေနှင့် မိဘများသည် အငြင်းပွားမှုဖြေရှင်းရန်အတွက် LIT သို့မဟုတ် SIT သို့ လှည့်နိုင်ပါသည်။

ကျေးဇူးပြု၍ မှတ်သားပါ- မိဘတစ်ဦးတွင် ဝန်ဆောင်မှုညှိနှိုင်းခြင်း ထက် ဝန်ဆောင်မှုပေးဆောင်ခြင်း ဆိုင်ရာ အငြင်းပွားမှုရှိပါက သူ/သူမသည် အောက်ပါအခန်း C. ရှိ သင့်လျော်သော အငြင်းပွားမှုဖြေရှင်းရေးနည်းလမ်း(များ)ကို အသုံးပြုရပါမည်။

A. ဝန်ဆောင်မှုများ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် အယူခံမှု အက်ဥပဒေ 264

ဒေသတွင်းအေဂျင်စီ၊ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ သို့မဟုတ် အဖွဲ့ရှိမိဘတစ်ဦးသည် အက်ဥပဒေ 264 အရ အေဂျင်စီများအကြား ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှုနှင့် အေဂျင်စီများအကြား သဘောတူညီချက်၏ ဆက်စပ်ပြဋ္ဌာန်းချက်များဆိုင်ရာ အယူခံဝင်မှုတစ်ခု တောင်းဆိုနိုင်သည်။

အငြင်းပွားမှုကို ဒေသန္တရအေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့ သို့မဟုတ် ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့က မဖြေရှင်းနိုင်ပါက အယူခံဝင်နိုင်သည်။ SIT သည် ဒေသဆိုင်ရာအေဂျင်စီ၊ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ(များ) နှင့် မိဘ(များ)အား အယူခံဝင်ရန် ၎င်းတို့၏ အခွင့်အရေးကို အကြောင်းကြားပြီး အယူခံတင်သွင်းရန်အတွက် အမည်နှင့်လိပ်စာကို ပေးရမည်။

အယူခံလုပ်ငန်းစဉ်သည် ခေါင်းစဉ် 3 ၏ အခန်း 25 အရ ကြားနာမှုတစ်ခု ပါဝင်ရမည်။ ကြားနာခြင်းကို လူသားအရင်းအမြစ် ဝန်ဆောင်မှုအေဂျင်စီ၏ အတွင်းရေးမှူးနှင့် ပညာရေးအတွင်းရေးမှူးမှ ခန့်အပ်သော ကြားနာရေးအရာရှိက ဆောင်ရွက်ရမည်။ ကြားနာစစ်ဆေးရာတွင် တင်ပြသည့် သက်သေအထောက်အထားများကို အခြေခံ၍ ကြားနာစစ်ဆေးရေးအရာရှိသည် အတွင်းရေးမှူးနှင့် ကော်မရှင်အဖွဲ့ဝင်ထံသို့ ဆုံးဖြတ်ချက်ချရန်အတွက် တွေ့ရှိချက်များနှင့် အဆိုပြုချက်များကို စာဖြင့် ထုတ်ပြန်ရမည်။ AHS နှင့် AOE အတွင်းရေးမှူးများသည် ဆုံးဖြတ်ချက်အတွက် အဆိုပြုချက်များကို အတည်ပြုခြင်း၊ ပြုပြင်ပြောင်းလဲခြင်း သို့မဟုတ် ပြင်ဆင်ခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ သက်ဆိုင်သူအားလုံးသည် အတွင်းရေးမှူးများထံမှ စာဖြင့် အပြီးသတ် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို လက်ခံရပါမည်။

B. အေဂျင်စီများအကြား ငွေပေးချေမှုနှင့် ပြန်လည်ပေးချေမှုများဆိုင်ရာ အယူခံလုပ်ငန်းစဉ်

ပညာရေးမဟုတ်သော အေဂျင်စီတစ်ခုသည် ၎င်းတို့တာဝန်ယူထားသော ဝန်ဆောင်မှုများ ထောက်ပံ့ရန် သို့မဟုတ် ပေးဆောင်ရန် ပျက်ကွက်သည့်အခါ၊ အထူးပညာရေးနှင့် ဆက်စပ်ဝန်ဆောင်မှုများအဖြစ် သတ်မှတ်ခံရသည့်အခါ၊ ကျောင်းခရိုင် (သို့မဟုတ် ကလေးတစ်ဦးချင်းစီ၏ ပညာရေးအစီအစဉ် [IEP] ကို ရေးဆွဲရန် တာဝန်ရှိသော ပြည်နယ်အေဂျင်စီ) သည် ဤဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကလေးအား အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ ပေးဆောင်ပါ သို့မဟုတ် ပေးချေပါ။ ထို့နောက် ကျောင်းခရိုင် (သို့မဟုတ် ပညာရေးအေဂျင်စီအဖြစ် တာဝန်ရှိသော ပြည်နယ်အေဂျင်စီ) သည် အဆိုပါဝန်ဆောင်မှုများအတွက် တာဝန်ရှိပြီး ပေးဆောင်ရန် ပျက်ကွက်ခဲ့သည့် ပညာရေးမဟုတ်သောအေဂျင်စီထံမှ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပြန်အမ်းငွေတောင်းခံနိုင်သည်။ 2005 ခုနှစ် ဇွန်လ၏ အေဂျင်စီများအကြား သဘောတူညီချက်တွင် ဖော်ပြထားသော လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို အေဂျင်စီများအကြား ပြန်လည်ပေးဆပ်ရန် တောင်းဆိုချက်များ အတွက် အသုံးပြုမည်ဖြစ်သည်။

C. မိဘများအတွက်ရရှိနိုင်သော အခြားအယူခံဝင်မှုနှင့် မကျေနပ်ချက်လုပ်ငန်းစဉ်များ

အက်ဥပဒေ 264 အရ ဝန်ဆောင်မှုများ ပေါင်းစပ်ညှိနှိုင်းရေးဆိုင်ရာ အယူခံဝင်ခွင့်အပြင်၊ မိဘသည် ဝန်ဆောင်မှုနှင့် တိုင်ကြားမှု၏ သဘောသဘာဝပေါ် မူတည်၍ အခြားသော အယူခံမှုများနှင့် မကျေနပ်ချက်ဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို လုပ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ အဆိုပါအယူခံဝင်မှုများနှင့် မကျေနပ်ချက် လုပ်ငန်းစဉ်များတွင် ပါဝင်နိုင်သော်လည်း ကန့်သတ်ထားခြင်းမရှိပါ။

- မသန်စွမ်းသူများ၏ ပညာရေး အက်ဥပဒေအရ သင့်လျော်သည့် အခမဲ့ ပြည်သူပိုင်ကျောင်းပညာရေးနှင့် အခြားအခွင့်အရေးများဖြင့် ပံ့ပိုးပေးခြင်းနှင့်စပ်လျဉ်းပြီး မိဘတို့၏ တိုင်ကြားမှုများ- ပညာရေးအေဂျင်စီ အား (802) 479-1255 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။
- မိဘများနှင့် ကလေးများသည် Medicaid အကျိုးခံစားခွင့် နှင့်/သို့မဟုတ် ကလေးသည် Medicaid အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်း ရှိမရှိအတွက် သက်ဆိုင်သည့် အယူခံဝင်ပိုင်ခွင့် ရှိသည်- Vermont Health Connect၊ Green Mountain Care Customer Support Center 1-800-250- 8437 (TDD/TTY) 1-888-834-7898 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။
- ဝန်ထမ်းများ စွမ်းဆောင်ရည် သို့မဟုတ် အစီအစဉ်များ၏ အရည်အသွေးနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် တိုင်ကြားချက်များ သို့မဟုတ် မကျေနပ်ချက်များ- ဝန်ဆောင်မှုပံ့ပိုးရန်အတွက် တာဝန်ရှိကြီးကြပ်ပေးသူထံ ဆက်သွယ်ပါ။

ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်၏ အပြန်အလှန် အကဲဖြတ်ရေးအဖွဲ့
ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းအတွက် သတင်းအချက်အလက် ထုတ်ပြန်ခြင်း
ဒေသန္တရအေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့၊ ကိစ္စရပ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရေးကော်မတီ သို့မဟုတ်
ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့သို့ လွှဲပြောင်းပေးပို့ပါက ဤထုတ်ဝေမှုကို မိဘက လက်မှတ်ရေးထိုးရပါမည်

| | |
|----------------|---------------|
| ကလေး/လူငယ်အမည် | ပံ့ပိုးကူညီသူ |
| | |

ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ်များ (CSPs) အများစုကို ဆောင်ရွက်ပါသည်။ သို့ရာတွင် CSP အဖွဲ့သည် အစီအစဉ်တစ်ခုအား သဘောမတူပါက၊ ဒေသန္တရအေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့ (Local Interagency Team, LIT) ကို အကူအညီတောင်းနိုင်ပါသည်။ LIT သည် လူတိုင်းနှင့် သဘောတူထားသည့် အစီအစဉ်ကို မဖန်တီးနိုင်ပါက၊ ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့ (State Interagency Team, SIT) ကို အကူအညီတောင်းနိုင်ပါသည်။ CSP အဖွဲ့တစ်ဖွဲ့သည် ပတ်ဝန်းကျင် သို့မဟုတ် လူနေထိုင်မှုဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုအကြောင်း စဉ်းစား နေပါက၊ CSP အဖွဲ့သည် ဤဖြစ်နိုင်ချေကို ပြန်လည်သုံးသပ်ပြီး စဉ်းစားရန် ကိစ္စရပ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရေးကော်မတီ (Case Review Committee, CSP) အဖွဲ့သို့ တောင်းဆိုရပါမည်။

ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုအစီအစဉ် (Coordinated Services Plan, CSP) အပါအဝင် သက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်ရန် အတွက် ကျွန်ုပ်၏ သဘောတူညီချက်ကို ပေးဆောင်ရန်- ဒေသန္တရအေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့ (Local Interagency Team, LIT)၊ ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့ (State Interagency Team, SIT) နှင့်/သို့မဟုတ် ကိစ္စရပ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရေးကော်မတီ (Case Review Committee, CSP)။

ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်သည်မှာ-

- ကျွန်ုပ်ကလေး၏ အချက်အလက်များတွင် ပညာရေး၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ လူမှုရေးသမိုင်း၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်ချက်များနှင့် ကျွန်ုပ်ကလေးအား ပေးဆောင်သော ဝန်ဆောင်မှုမှတ်တမ်းများ ပါဝင်သည်။ ကျွန်ုပ်ကလေး၏ အချက်အလက်များတွင် သူ/သူမ၏ CSP လည်း ပါဝင်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်ကလေး၏အချက်အလက်များကို LIT၊ SIT၊ နှင့်/သို့မဟုတ် CRC နှင့် မျှဝေသွားမည်ဖြစ်ပြီး၊ သို့မှသာ (1) ကျွန်ုပ်၏ကလေး၏ CSP ကို ပြန်လည်သုံးသပ်ရန်နှင့် (2) အထူးကြပ်မတ် ပတ်ဝန်းကျင် သို့မဟုတ် နေထိုင်မှုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် တောင်းဆိုချက်ကို ပြန်လည်သုံးသပ်နိုင်ရန် ၎င်းတို့ လုပ်ဆောင်နိုင်မည်ဖြစ်သည်။

- ပံ့ပိုးကူညီသူထံ စာဖြင့်ရေးသား၍ LIT၊ SIT၊ နှင့်/သို့မဟုတ် CRC နှင့်မျှဝေထားသော ကျွန်ုပ်၏ကလေးအကြောင်း အချက်အလက်မိတ္တူကို ကြည့်ရှုနိုင်သည် သို့မဟုတ် ရယူနိုင်ပါသည်။
- LIT၊ SIT၊ နှင့်/သို့မဟုတ် CRC အဖွဲ့ဝင်များသည် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ အချက်အလက်များသည် လျှို့ဝှက်ထားကြောင်းသိကြပြီး၊ ဥပဒေအရ မျှဝေရမည်ဟု ဖော်ပြထားခြင်းမရှိပါက ကျွန်ုပ်ကလေးနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကို အခြားသူများထံ မျှဝေမည်မဟုတ်ပါ။
- ဤသဘောတူညီချက်ပုံစံသည် ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ထိုးသည့်နေ့မှစ၍ တစ်နှစ်တွင် သက်တမ်းကုန်ဆုံးသည်။
- LIT၊ SIT သို့မဟုတ် CRC က အချက်အလက်ကို အသုံးပြုထားပြီးဖြစ်သည့်အချိန်မှလွဲ၍ ပံ့ပိုးကူညီသူထံ စာရေးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်၏သဘောတူညီချက်ကို အချိန်မရွေး ရယူနိုင်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏သဘောတူညီချက်ကို မပေးပါက၊ LIT၊ SIT နှင့်/သို့မဟုတ် CRC သည် (1) ကျွန်ုပ်၏ကလေး၏ CSP ကို ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း သို့မဟုတ် (2) အထူးကြပ်မတ် ပတ်ဝန်းကျင် သို့မဟုတ် နေထိုင်မှုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် တောင်းဆိုချက်ကို ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းမပြုနိုင်ပါ။
- ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်မပေးပါက ကျွန်ုပ်ကလေး၏ လက်ရှိခံစားခွင့်များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ထိခိုက်မည်မဟုတ်ပါ။
- ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ထိုးပြီးပါက ဤသဘောတူညီချက်ပုံစံ၏ မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်ပေးပါမည်။
- ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ပေးမှု အစီအစဉ်ရေးဆွဲခြင်း လုပ်ငန်းစဉ်၏ အသုံးဝင်မှုဆိုင်ရာ အထွေထွေအချက်အလက်များကို ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့မှ စုဆောင်းပါသည်။ ကျွန်ုပ်ကလေး၏ လွှဲပြောင်းပေးသည့်စာရွက်စာတမ်းများမှ အချက်အလက်များကို ဤကြိုးပမ်းမှုတွင် အသုံးပြုနိုင်သော်လည်း ကျွန်ုပ်၏ကလေးနှင့် မိသားစုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ဖော်ထုတ်မည်မဟုတ်ပါ။

| | | | |
|--|------------------------|----------------|---|
| LIT၊ SIT သို့မဟုတ် CRC အစဉ်အစား မစမီ ကျွန်ုပ်၏ ဒေသန္တရ သို့မဟုတ် ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့၏ မိခင်ကိုယ်စားလှယ်နှင့် စကားပြောလိုပါသည်။ | | | <input type="checkbox"/> ပြောလို <input type="checkbox"/> မပြောလို |
| | အမည် အပြည့်အစုံ | လက်မှတ် | ရက်စွဲ |
| မိဘ / အုပ်ထိန်းသူ | | | |
| သက်သေ | | | |
| ပညာရေးဆိုင်ရာ ကိုယ်စားမိဘ (ရှိပါက) | | | |

ဖြည့်စွက်ကဏ္ဍ- ကိစ္စရပ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရေးကော်မတီသို့ ရည်ညွှန်းခြင်း

*CSP အလုပ်အပြင်၊ လူနေနေရာချထားမှုဆိုင်ရာ ထည့်သွင်းစဉ်းစားမှုအတွက် ကိစ္စရပ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရေးကော်မတီထံ
လွှဲပြောင်းပေးပို့ပါက ဤအပိုင်းကို အပြီးသတ်ရပါမည်။*

ကလေးများအတွက် သင့်လျော်သော ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ပေးမှု အစီအစဉ်များ ရေးဆွဲရန်အတွက် ဒေသခံအဖွဲ့များနှင့် ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်ရန် ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ကိစ္စရပ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရေးကော်မတီ (Case Review Committee, CSP) ကို ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေး အဖွဲ့ (State Interagency Team, SIT) မှ ဖန်တီးခဲ့ခြင်းဖြစ်သည်။ CRC သည် AOE/AHS ကြားဖြတ်အဖွဲ့သဘောတူညီချက်တွင် အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုထားသည့် ပြင်းထန်သော စိတ်ချို့ယွင်းမှုများနှင့် အခြားမသန်စွမ်းမှုများ ခံစားနေရသည့် ကလေးသူငယ်များနှင့် လူငယ်များအား ၎င်းတို့လိုအပ်ချက်များနှင့် သင့်လျော်သည့် ကန့်သတ်ချုပ်နှောင်မှု အနည်းဆုံး အနေအထားများ၌ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်ရန် အားထုတ်ဆောင်ရွက်နေသည်။ ဖြစ်နိုင်ပါက SIT နှင့် CRC တို့သည် ကလေးသူငယ်များကို ၎င်းတို့ရပ်ရွာများအတွင်း၌သာ ဝန်ဆောင်မှုပေးရမည်ဟု ယုံကြည်ပါသည်။ ကလေးတစ်ဦးချင်းစီ၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းရန် လိုအပ်သည့်အချိန်တွင်သာ အထူးကြပ်မတ်ပြီး ဂေဟာတွင်ထားရှိကုသရေးကို အသုံးပြုသင့်သည်။

CRC ကို တည်မြဲသည့် သတ်မှတ်ချက်များအရ ဖော်ပြပါ ဦးတည်ချက်နှစ်ရပ်ကို ဖြည့်ဆည်းနိုင်ရန် ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေး အဖွဲ့၏ ဆပ်ကော်မတီအနေဖြင့် ထူထောင်ခဲ့ပါသည်-

- 1. ဒေသခံအဖွဲ့များ ကန့်သတ်ချုပ်နှောင်မှု နည်းပါးသည့် အစားထိုး ကုသကိုင်တွယ်မှုများ ဖော်ထုတ်၊ ရယူ၊ ဖန်တီးရာတွင် အထောက်အပံ့ပေးရန်နှင့်
- 2. ကန့်သတ်ချုပ်နှောင်မှု နည်းပါးသည့် အစားထိုးနည်းလမ်းများနှင့် မသင့်လျော်ပါက ကလေးနှင့် ကုသရေးဂေဟာတို့အကြား အကောင်းဆုံး ကိုက်ညီမှုရှိစေရန်။

CRC လမ်းညွှန်ချက်အပြည့်အစုံအတွက် IFS ဝဘ်ဆိုဒ်ကို <http://ifs.vermont.gov/docs/sit> တွင် ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။

နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ ရည်ညွှန်းမေးခွန်းများ

*အောက်ပါမေးခွန်းများကို CSP အဖွဲ့ သို့မဟုတ် ဒေသန္တရအေဂျင်စီများအတွင်း ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရေးအဖွဲ့မှ ကိစ္စရပ် ပြန်လည်သုံးသပ်ရေးကော်မတီထံ
လွှဲပေးသည့် အဖွဲ့က ဖြည့်စွက်ရမည်။*

| အရေးကြီး သတင်းအချက်အလက် |
|--|
| <p>ဂေဟာတွင်ထားရှိပြီး ကုသရန် လျှောက်ထားခြင်းဖြစ်ပြီး ကလေးသည် မွေးစားခံကလေးဖြစ်ပါက DCF မွေးစားရေးယူနစ်သည် ထိုမိသားစုက ဂေဟာတွင်ထားပြီး ကုသရန် လျှောက်ထားနေကြောင်း သိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်</p> <p>မှတ်ချက်- ကလေး/လူငယ်အတွက် ထိုသို့သောနေထိုင်မှုပြောင်းလဲမှုကို မွေးစားခြင်းဌာနသို့ အကြောင်းကြားရန်မှာ မိသားစု၏တာဝန်ဖြစ်သည်။</p> |
| <p>ကလေး/လူငယ်သည် DCF ၏ အုပ်ထိန်းမှုအောက်တွင်ရှိလျှင်-</p> <p>အုပ်ထိန်းထားချိန်၌ မိဘ(များ) မည်သည့်မြို့တွင် အဓိကနေထိုင်နေသနည်း။</p> <p>မိဘအခွင့်အရေးများ ရပ်စဲခြင်း (TPR) ကို လုပ်လိုက်ပြီလား။ <input type="checkbox"/> မဟုတ် <input type="checkbox"/> ဟုတ်</p> <p>ရပ်စဲပြီးပါက။ TPR အချိန်တွင် မိဘများနေထိုင်ရာမြို့-</p> |
| <p>ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့် ပညာရေးဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်ချခြင်းဆိုင်ရာ အခွင့်အာဏာရှိသူ(များ)။</p> |
| <p>ကလေး/လူငယ်တွင် ပုံမှန်ဝယ်ယူနိုင်သော အာမခံရှိပါက ၎င်းတို့အာမခံတွင် ဂေဟာတွင်ထားပြီး ကုသမှုအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များ ပေးခြင်းရှိမရှိ စစ်ဆေးပြီးဖြစ်ကြောင်း ဖော်ပြပေးပါ။ <input type="checkbox"/> ရှိပါသည် ၎င်းတို့ပေးသည် <input type="checkbox"/> မရှိပါ ၎င်းတို့မပေးပါ</p> |

အန္တရာယ်အချက်များ (သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ပါ)

ဖော်ပြပါကြောင့် နစ်နာသူဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုပြီး- ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာအလွဲသုံးစားပြုမှု လျစ်လျူရှုမှု လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာအလွဲသုံးစားမှု

စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ အလွဲသုံးစားမှု

လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ထိခိုက်စေသော အပြုအမူများအတွက် စီရင်ချက်ချခံထားရသူ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ အလွဲသုံးစားမှု ကျူးလွန်သူဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုခံရသူ

အခြားစီရင်ချက်များ (ဖော်ပြပါ)-

အခြားအန္တရာယ်အချက်များ (ဖော်ပြပါ)-

လူကုန်ကူးမှုမှတ်တမ်း

အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှု မှတ်တမ်း/လက်ရှိဖြစ်ပေါ်မှု အခြားစိတ်ဒဏ်ရာမှတ်တမ်း-

1. ရပ်ရွာအတွင်း ကလေး/လူငယ်များ၏ လိုအပ်နေမှုများကို မဖြည့်ဆည်းပေးနိုင်သော အတားအဆီးများကား အဘယ်နည်း။

2. ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါမေးခွန်းများထဲမှ တစ်ခုကို ဖြေပါ -- ဆန်းစစ်ချက် လိုအပ်ပါက (a) ကိုဖြေပါ။ ဂေဟာတွင်ထားပြီး ကုသမှု လိုအပ်ပါက (b) ကိုဖြေပါ။

a. အကယ်၍ သင်သည် အကဲဖြတ်ရန် တောင်းဆိုနေပါက၊ သင်ဖြေလိုသော ဆေးခန်းနှင့်/သို့မဟုတ် ပညာရေးဆိုင်ရာ မေးခွန်းများကား အဘယ်နည်း။

b. အကယ်၍ သင်သည် ဂေဟာတွင်ထားပြီး ကုသမှုကို တောင်းဆိုနေပါက၊ ဤအဆင့်တွင် ပြင်းထန်သော ကြားဝင်ဆောင်ရွက်ပေးမှု၏ ပန်းတိုင်များမှာ အဘယ်နည်း။ မိသားစုနှင့် ကလေး/လူငယ်၏ ရည်မှန်းချက်တွေက ဘာတွေလဲ။

3. ဂေဟာတွင်ထားပြီး ကုသစဉ် မိဘ/မိသားစု၏ ပါဝင်ပတ်သက်မှုသည် မည်သို့ရှိမည်နည်း။

4. ကုသမှုအတွင်း မိဘ/မိသားစု ပါဝင်မှုနှင့် ပတ်သက်ပြီး မျှော်လင့်ထားသည့် စိန်ခေါ်မှုမှန်သမျှအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြပါ။

5. ကလေး/လူငယ် ကုသမှုခံယူနေစဉ် အိမ်တွင်း ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အကြံပြုချက်များ ရှိပါသလား။ ရှိပါက၊ ဖော်ပြပေးပါ။

6. တိုးတက်မှုရှိတယ်ဆိုတာကို အဖွဲ့က မည်သို့သိမလဲ။ ဘယ်လိုရလဒ်တွေကို သူတို့ရှာနေသလဲ။

7. ဂေဟာမှဆင်းခြင်း/ ပြန်လည်ပေါင်းစည်းရေး အစီအစဉ်က ဘာလဲ။

ကလေး/လူငယ်များ၏ နေထိုင်မှုအခြေအနေ

လူငယ်၏ ယခင် လက်ရှိနှင့် အဆိုပြုထားသည့် နေထိုင်မှု အနေအထားနှင့် နေရာတို့အတွက် မှန်ကန်သည့် အကွက်များတွင် အမှန်ဖြစ်ပြီး မျဉ်းပေါ်တွင် ရက်စွဲများ ဖော်ပြပေးပါ။

| အမျိုးအစား (သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ပါ။ ရက်စွဲများ ပါပါစေ။) | ယခင် | လက်ရှိ | အဆိုပြုထားသည် |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| မိခင်မရှိဘဲ နေထိုင်မှု | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ နှစ်ဦး (အနည်းဆုံး မိဘရင်းတစ်ယောက်ဖြစ်ရမည်) | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| မိဘအရင်းတစ်ယောက်သာ (အဖော်မပါဘဲ) | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| မျှဝေထားသော မိဘအုပ်ထိန်းမှု | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| မွေးစားအိမ် | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| ဆွေမျိုး/အခကြေးငွေမယူသော အရွယ်ရောက်ပြီးသူ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| မွေးစားစောင့်ရှောက်မှု | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| ကုထုံးဆိုင်ရာ ယာယီမွေးစားစောင့်ရှောက်မှု | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| အုပ်စုလိုက်နေအိမ် | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| အရေးပေါ်နားခိုရာ- | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| ဂေဟာတွင်ထားပြီး ကုသမှု အစီအစဉ်အား ဆန်းစစ်ခြင်း | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| ဂေဟာတွင်ထားပြီး ကုသမှု - ရေရှည် (မူးယစ်ဆေး/အရက် မဟုတ်) | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| မူးယစ်ဆေး/အရက်အတွက် ဂေဟာတွင်ထားပြီး ကုသရေး အစီအစဉ် | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| ဆေးကုသပေးသည့်ဆေးရုံ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| စိတ်ရောဂါကုဆေးရုံ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| လုံခြုံသည့် လူငယ်သင်တန်းကျောင်း | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| ပြုပြင်မွမ်းမံရေးသင်တန်းကျောင်း | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| ထိန်းသိမ်းခြင်းဆိုင်ရာ အခြားရွေးချယ်စရာများ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| နေရာနေရာမရှိ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| အခြား (အောက်တွင် ဖော်ပြပါ)- | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| အခြား (အောက်တွင် ဖော်ပြပါ)- | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| အဆိုပြုထားသည့် နေထိုင်မှုအခြေအနေအား ဖော်ပြပါ- | | | |

နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ ရည်ညွှန်းလက်မှတ် စာမျက်နှာ

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ်- အမြဲလိုအပ်သည်။

| အမည်၊ ရာထူးနှင့် ဖုန်းနံပါတ် | လက်မှတ် | ရက်စွဲ | နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ ရည်ညွှန်းချက် | |
|------------------------------|---------|--------|---------------------------------|--------------------------|
| | | | သဘောတူသည် | သဘောမတူပါ |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ပညာရေးစီမံခန့်ခွဲသူ၏ လက်မှတ်- ကလေးသည် IEP တွင်ရှိနေပါက၊ အထူးပညာရေးညွှန်ကြားရေးမှူးမှ လက်မှတ်ရေးထိုးရန် လိုအပ်ပါသည်။ အကယ်၍ ကလေးသည် IEP တွင်မပါဝင်ပါက (ဆိုလိုသည်မှာ၊ ကလေးသည် 504 အစီအစဉ်၊ EST အစီအစဉ် သို့မဟုတ် ပုံမှန်ပညာရေးတွင်ရှိသည်)၊ ကျောင်းအုပ် သို့မဟုတ် အထူးပညာရေးညွှန်ကြားရေးမှူး၏ လက်မှတ် (ဒေသန္တရလုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအရ ဆုံးဖြတ်ထားသည့်အတိုင်း) လိုအပ်ပါသည်။

| အမည်၊ ရာထူးနှင့် ဖုန်းနံပါတ် | လက်မှတ် | ရက်စွဲ | နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ ရည်ညွှန်းချက် | |
|------------------------------|---------|--------|---------------------------------|--------------------------|
| | | | သဘောတူသည် | သဘောမတူပါ |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

မိသားစုဝန်ဆောင်မှုနှင့် ခရိုင်ညွှန်ကြားရေးမှူး၏ လက်မှတ်- ကလေး/လူငယ်အား ကလေးများနှင့် မိသားစုများဆိုင်ရာ ဦးစီးဌာန၏ ကော်မရှင်နာ၏ အုပ်ထိန်းမှုအောက်တွင်ရှိပါက လိုအပ်သည့် လက်မှတ်တစ်ခုဖြစ်သည်။

| အမည်၊ ရာထူးနှင့် ဖုန်းနံပါတ် | လက်မှတ် | ရက်စွဲ | နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ ရည်ညွှန်းချက် | |
|------------------------------|---------|--------|---------------------------------|--------------------------|
| | | | သဘောတူသည် | သဘောမတူပါ |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ရုပ်ရွာစိတ်ကျန်းမာရေး ကလေးဌာန ညွှန်ကြားရေးမှူး သို့မဟုတ် သတ်မှတ်ပေးထားသော မန်နေဂျာ၏ လက်မှတ်- အမြဲလိုအပ်သည်။

| အမည်၊ ရာထူးနှင့် ဖုန်းနံပါတ် | လက်မှတ် | ရက်စွဲ | နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ ရည်ညွှန်းချက် | |
|------------------------------|---------|--------|---------------------------------|--------------------------|
| | | | သဘောတူသည် | သဘောမတူပါ |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

အခြားအဖွဲ့သားများ၏ လက်မှတ်များ-

| အမည်၊ ရာထူးနှင့် ဖုန်းနံပါတ် | လက်မှတ် | ရက်စွဲ | နေထိုင်မှုဆိုင်ရာ ရည်ညွှန်းချက် | |
|---------------------------------|---------|--------|------------------------------------|--------------------------|
| | | | သဘောတူ သည် | သဘောမ တူပါ |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |