

# KẾ HOẠCH ĐIỀU PHỐI DỊCH VỤ (CSP)



Bộ Dịch vụ Nhân sinh & Bộ Giáo dục



**ĐÃ SỬA ĐỔI THÁNG 1 NĂM 2022**

**LƯU Ý QUAN TRỌNG:** Quy trình Kế hoạch Điều phối Dịch vụ (Coordinated Services Plan, CSP) này cho phép các gia đình điều phối các dịch vụ chứ không dành cho các dịch vụ cụ thể. Phê duyệt các dịch vụ và/hoặc sắp xếp dịch vụ cụ thể là trách nhiệm của cơ quan hoặc các cơ quan có liên quan theo cách phù hợp. Khi thực hiện các phần của kế hoạch này, cần tuân thủ những quy trình phê duyệt đã được thiết lập.

## Mục lục

Hướng dẫn Kế hoạch Điều phối Dịch vụ _____	3
Kế hoạch Điều phối Dịch vụ là gì? _____	3
Đồng ý Cho phép Xác định Tính hội đủ điều kiện và Lập Kế hoạch Điều phối Dịch vụ _____	5
Đồng ý Cho phép Tiết lộ Thông tin _____	6
I. Thông tin về Trẻ em/Thanh thiếu niên & Gia đình _____	7
I. Lý do Giới thiệu _____	9
II. Người điều phối Cuộc họp _____	9
III. Người tham gia Đội ngũ CSP _____	9
IV. Kết nối xã hội: Ai là người quan trọng đối với tôi và gia đình tôi? _____	10
V. Các Yếu tố và Nhu cầu về Khả năng Phục hồi: Điều quan trọng cần biết về Tôi (Trẻ em/Thanh thiếu niên) và Gia đình tôi? _____	11
VI. Mối quan ngại Hành vi _____	12
VII. Tình trạng giáo dục của Trẻ em/Thanh thiếu niên _____	12
VIII. Hỗ trợ và Dịch vụ cho Trẻ em và Gia đình _____	13
IX. Kế hoạch Chủ động Phòng chống Khủng hoảng _____	15
X. Theo dõi và các Bước Tiếp theo _____	15
Quy trình Khiếu nại _____	16
Công bố thông tin để Nhóm liên ngành đánh giá Kế hoạch Điều phối Dịch vụ _____	17
Chuyển đến Ủy ban Duyệt xét Trường hợp _____	19
Câu hỏi Giới thiệu Cơ sở Nội trú _____	19

## Hướng dẫn Kế hoạch Điều phối Dịch vụ

Dành cho nhóm và người điều phối.

Để được hướng dẫn thêm về CSP, vui lòng xem Hướng dẫn dành cho Người điều phối có thể tìm thấy tại:

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



### Kế hoạch Điều phối Dịch vụ là gì?

**Kế hoạch Điều phối Dịch vụ** là một kế hoạch bằng văn bản do một nhóm phát triển dành cho trẻ em/thanh thiếu niên cần dịch vụ từ nhiều cơ quan. Kế hoạch được thiết kế để đáp ứng nhu cầu của trẻ trong gia đình hoặc ở một nơi ngoài nhà, trong trường học và cộng đồng. (Theo quy định của Đạo luật 264)

Năm 2005, **Thỏa thuận Liên ngành** bổ sung đã được đưa ra nhằm mở rộng Đạo luật 264. Thỏa thuận này nêu rõ rằng “trẻ em và thanh thiếu niên đủ điều kiện có quyền nhận được Kế hoạch Điều phối Dịch vụ phát triển bởi nhóm điều phối dịch vụ, trong đó bao gồm đại diện giáo dục, các phòng ban thích hợp của Bộ Dịch vụ Nhân sinh, cha mẹ hoặc người giám hộ và các hỗ trợ vốn có theo gia đình”. Kế hoạch Điều phối Dịch vụ bao gồm Kế hoạch Giáo dục Cá nhân (Individual Education Plan, IEP) cũng như kế hoạch điều trị về dịch vụ nhân sinh hoặc kế hoạch hỗ trợ cá nhân và được sắp xếp theo cách đảm bảo rằng tất cả các phần của kế hoạch đều đang hướng tới các mục tiêu tương ứng; theo dõi tiến độ thực hiện kế hoạch và sử dụng hiệu quả các nguồn lực.

## Danh sách kiểm tra CSP dành cho Người điều phối

### I. CSP cần có những gì?

- Yêu cầu phụ huynh/người giám hộ ký chấp thuận cho phép xác định tính hội đủ điều kiện
- Yêu cầu phụ huynh/người giám hộ ký tên cho phép tiết lộ thông tin
- Giải thích định nghĩa Đại diện Phụ huynh và hỏi xem phụ huynh có muốn nghe ý kiến từ người hỗ trợ khu vực của họ hay không
- Điền thông tin vào tất cả các phần CSP cho đến Phần Phụ lục dành cho Giới thiệu Cơ sở Nội trú
- Cung cấp cho gia đình bản sao CSP vào cuối cuộc họp hoặc thời điểm kịp thời
- Thông báo cho gia đình quy trình khiếu nại

### II. Cần những điều kiện gì để được giới thiệu tới Nhóm liên ngành địa phương?

- Chuyển chấp thuận cho phép xác định tính hội đủ điều kiện có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ
- Chuyển tiếp giấy đồng ý cho phép tiết lộ thông tin có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ để được Duyệt xét bởi Nhóm liên ngành
- Giải thích định nghĩa Đại diện Phụ huynh và hỏi xem phụ huynh có muốn nghe ý kiến từ người hỗ trợ khu vực của họ hay không
- Đảm bảo những người chủ chốt từ Nhóm Liên ngành Địa phương (Local Interagency Team, LIT), sẽ có mặt tại cuộc họp VÀ đảm bảo rằng không có quá nhiều các chuyên gia khiến cho gia đình bị choáng ngợp với cuộc họp
- Một CSP đã được hoàn thành trong cuộc họp nhóm

### III. Cần những điều kiện gì để được giới thiệu tới Ủy ban Duyệt xét Trường hợp?

- Chuyển tiếp chấp thuận cho phép xác định tính hội đủ điều kiện có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ
- Chuyển tiếp giấy đồng ý cho phép tiết lộ thông tin có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ để được Duyệt xét Bởi Nhóm liên ngành
- Tài liệu của Cơ quan Có Thẩm quyền Quyết định Y tế và Giáo dục - đối với trẻ em/thanh thiếu niên không thuộc quyền giám hộ của DCF. Gói tài liệu phải bao gồm tài liệu về người có thẩm quyền quyết định y tế và giáo dục. Điều này có thể được xác định bằng việc cả cha và mẹ ký tên vào CSP hoặc tài liệu của cơ quan có thẩm quyền quyết định duy nhất từ lệnh giám hộ, thỏa thuận ly hôn hoặc lệnh nhận con nuôi đã được tòa án thông qua.
- Thư đề xuất gửi đại diện CRC với bản tóm tắt toàn diện về tình hình (điều gì đã được thực hiện và điều gì chưa được thực hiện), các dịch vụ được cung cấp cũng như mục tiêu và kỳ vọng về mức độ điều trị cao hơn của các nhóm là gì.
- Giải thích định nghĩa đại diện phụ huynh và hỏi xem phụ huynh có muốn nghe ý kiến từ người hỗ trợ chương trình tại khu vực của họ hay không
- Gửi CSP VÀ phần phụ lục dành cho giới thiệu cơ sở nội trú
- Trang chữ ký Giới thiệu Cơ sở Nội trú
- Đánh giá Điểm mạnh và Nhu cầu của Trẻ em và Thanh thiếu niên (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS) đã hoàn thành trong vòng 3 tháng gần nhất (phải có bảng điểm đầy đủ)
- Kiểm tra và đánh giá như tâm lý hoặc tâm thần
- Kế hoạch IEP, 504 hoặc EST hiện tại nếu có
- Hồ sơ y tế liên quan, bao gồm danh sách thuốc
- Tóm tắt khi rời khỏi cơ sở điều trị trước đó
- Nếu thuộc sự giám sát của DCF, sắp xếp gần đây nhất, kế hoạch trường hợp và tính hội đủ điều kiện cho IV-E (DCF 201R)
- Bản sao Thẻ Medicaid HOẶC Số Medicaid
- Giấy tờ từ công ty bảo hiểm tư nhân cho biết việc điều trị nội trú không được bảo hiểm chi trả.
- Nêu rõ cơ quan sẽ giới thiệu đến CRC

### IV. Cần những điều kiện gì để được giới thiệu đến Nhóm liên ngành của Tiểu bang?

- Chuyển tiếp chấp thuận cho phép xác định tính hội đủ điều kiện có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ
- Chuyển tiếp chấp thuận cho phép tiết lộ thông tin có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ để được duyệt xét bởi nhóm liên ngành
- Giải thích định nghĩa Đại diện Phụ huynh và hỏi xem phụ huynh có muốn nghe ý kiến từ Đại diện Phụ huynh là thành viên Nhóm Liên ngành Tiểu bang (State Interagency Team, SIT) hay không
- Cung cấp cho phụ huynh/người giám hộ Hướng dẫn Dành cho Gia đình Tham gia SIT

Tên Trẻ/Thanh thiếu niên: \_\_\_\_\_

- Thư đề xuất gửi Điều phối viên SIT với bản tóm tắt về tình hình và những thách thức của Cơ quan Liên ngành địa phương Nhóm mong muốn nhận được câu trả lời từ SIT
- Đã hoàn thành CSP cho đến phần phụ lục của gói CSP

## Đồng ý Cho phép Xác định Tính hội đủ điều kiện và Lập Kế hoạch Điều phối Dịch vụ

Tên Trẻ/Thanh thiếu niên	Người điều phối
--------------------------	-----------------

Kế hoạch Điều phối Dịch vụ (CSP) là một quy trình tuân theo một loạt các bước nhằm giúp trẻ em và thanh thiếu niên hiện thực hóa những hy vọng và mục tiêu của mình. Những người có ảnh hưởng đến cuộc sống của trẻ em hoặc thanh thiếu niên kết hợp theo nhóm để phát triển một kế hoạch tập hợp các dịch vụ và hỗ trợ cần thiết. Tôi hiểu rằng với tư cách là phụ huynh, tôi cũng là thành viên của nhóm CSP.

Tôi đồng ý cho phép bắt đầu quá trình xác định xem con tôi có hội đủ điều kiện nhận được CSP hay không. Thông thường, tính hội đủ điều kiện sẽ là một vấn đề thảo luận trong cuộc họp CSP ban đầu khi thông tin được thu thập và xem xét cách thức tham gia vào quá trình chăm sóc trẻ em/thanh thiếu niên của các cơ quan hoặc phòng ban cụ thể.

Nếu con tôi hội đủ điều kiện, tôi đồng ý để nhóm CSP phát triển Kế hoạch Điều phối Dịch vụ cho con tôi.

Tôi hiểu rằng:

- Tôi cũng phải ký tên vào mẫu đơn *Đồng ý Cho phép Tiết lộ Thông tin. Đồng ý Cho phép Tiết lộ Thông tin* cho phép người điều phối chia sẻ thông tin của con tôi với nhóm CSP.
- Người điều phối sẽ thông báo cho tôi biết trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được biểu mẫu đã ký này và *Đồng ý Cho phép Tiết lộ Thông tin* đã ký cho dù con tôi có hội đủ điều kiện hay không.
- Hồ sơ mà người điều phối thu thập trong suốt quá trình lập Kế hoạch Điều phối Dịch vụ đều được bảo mật. Người điều phối sẽ không chia sẻ những hồ sơ này với người khác khi chưa nhận được sự đồng ý trước bằng văn bản của tôi trừ khi luật pháp quy định phải chia sẻ những hồ sơ đó.
- Tôi có thể xem hoặc lấy bản sao của những hồ sơ này bằng cách gửi thư yêu cầu cho người điều phối.
- Tôi sẽ nhận được một bản sao của mẫu chấp thuận này sau khi tôi ký tên.
- Nếu tôi không đồng ý thì người điều phối không thể tiến hành xác định liệu con tôi có hội đủ điều kiện nhận CSP hay không và do đó không thể tiến hành phát triển CSP cho con tôi.
- Các quyền lợi và dịch vụ hiện tại của con tôi sẽ không bị ảnh hưởng nếu tôi không đồng ý.

	Tên viết in hoa	Chữ ký	Ngày
Phụ huynh / Người giám hộ			
Nhân chứng			
Phụ huynh Đại diện về Giáo dục (nếu có)			

## Đồng ý Cho phép Tiết lộ Thông tin

Tên Trẻ/Thanh thiếu niên	Người điều phối
--------------------------	-----------------

Tôi đồng ý cho phép chia sẻ thông tin về con tôi với Nhóm Lập kế hoạch Dịch vụ Điều phối (nhóm CSP). Tôi hiểu rằng với tư cách là phụ huynh, tôi cũng là thành viên của nhóm CSP.

Tôi hiểu rằng:

- Thông tin của con tôi bao gồm hồ sơ về lịch sử giáo dục, tâm lý, xã hội, đánh giá y tế và các dịch vụ được cung cấp cho con tôi.
- Thông tin của con tôi sẽ được chia sẻ với nhóm CSP và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của con tôi để nhóm có thể xác định xem con tôi có đủ điều kiện nhận CSP hay không và nếu có, CSP sẽ được phát triển và triển khai cho con tôi.
- Tôi có thể xem hoặc lấy bản sao thông tin về con tôi đã được chia sẻ với nhóm CSP bằng cách viết thư cho người điều phối.
- Nhóm CSP biết rằng thông tin của con tôi được bảo mật. Nhóm sẽ không chia sẻ thông tin về con tôi với người khác khi chưa nhận được sự đồng ý trước bằng văn bản của tôi trừ khi luật pháp quy định thông tin đó phải được chia sẻ.
- Tôi có thể hủy bỏ sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào bằng cách viết thư cho người điều phối, trừ khi nhóm CSP đã sử dụng thông tin đó.
- Nếu tôi không đồng ý, nhóm CSP không thể tiến hành xác định liệu con tôi có hội đủ điều kiện nhận CSP hay không và con tôi sẽ không nhận được CSP.
- Các quyền lợi và dịch vụ hiện tại của con tôi sẽ không bị ảnh hưởng nếu tôi không đồng ý.
- Tôi sẽ nhận được một bản sao của mẫu chấp thuận này sau khi tôi ký tên.
- Thông tin chung về tính hữu ích của quy trình lập Kế hoạch Điều phối Dịch vụ được Nhóm Liên ngành Tiểu bang thu thập. Thông tin từ CSP của con tôi có thể được sử dụng trong nỗ lực này nhưng sẽ không bao gồm thông tin về con tôi và gia đình tôi.

**MẪU CHẤP THUẬN NÀY HẾT HẠN SAU MỘT NĂM KỂ TỪ NGÀY TÔI KÝ.**

<p><b>Tôi muốn trao đổi với đại diện phụ huynh của Nhóm liên ngành địa phương trước cuộc họp về Kế hoạch Điều phối Dịch vụ.</b></p> <p><b>Để tìm hiểu thêm thông tin về Đạo luật 264 và Lập Kế hoạch Điều phối Dịch vụ, quý vị có thể truy cập <a href="http://www.act264.vt.gov">www.act264.vt.gov</a></b></p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	---

	Tên viết in hoa	Chữ ký	Ngày
Phụ huynh / Người giám hộ			
Nhân chứng			
Phụ huynh Đại diện về Giáo dục (nếu có)			

## **Nên hoàn thành Phần I VỚI GIA ĐÌNH TRƯỚC CSP**

### **I. Thông tin về Trẻ em/Thanh thiếu niên & Gia đình**

Tên Trẻ/Thanh thiếu niên:	Giới tính xác định khi sinh: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ Nhận dạng giới tính (Tùy chọn):
Ngày sinh: Tuổi:	Điều nào sau đây mô tả trẻ/ thanh thiếu niên <b>theo nhận dạng của gia đình</b> (Đánh dấu tất cả những đáp án thích hợp):
Tên của những người có quyền giám hộ trẻ/ thanh thiếu niên này:  <i>Ngoài ra, hãy xem danh sách tài liệu yêu cầu cung cấp lệnh giám hộ nêu rõ ai có thẩm quyền ra quyết định (quyền giám hộ thể chất và/hoặc ra quyết định về mặt y tế).</i>	<input type="checkbox"/> Người Abenaki <input type="checkbox"/> Thổ dân Alaska <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Da đen/người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Trung Đông hoặc Bắc Phi <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản xứ/ Người đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Người gốc Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không được báo cáo/Chọn không trả lời
Tên của Cha mẹ:	Địa chỉ thực:  Địa chỉ gửi thư:  Điện thoại:  E-mail:
Tên của Cha mẹ:	Địa chỉ thực: Giống như trên <input type="checkbox"/>  Địa chỉ gửi thư:  Điện thoại: E-mail:
Người giám hộ hợp pháp (nếu có)	Địa chỉ:  Điện thoại:
Phụ huynh Đại diện về Giáo dục (nếu có):	Địa chỉ:  Điện thoại:
Tên và Thông tin Liên hệ của Người chăm sóc Hiện tại (nếu khác với thông tin trên):	
<b>Nếu liên quan đến DCF, vui lòng điền vào Phần E.</b>	

**A. Sức khỏe Hành vi và Tâm thần**

Chẩn đoán DSM-5	Mã ICD	Ngày	Cung cấp bởi
1			
2			
3			
4			

Liệt kê các loại thuốc hiện đang dùng:

**B. Thông tin Y tế**

<b>Bác sĩ chăm sóc chính:</b>		
Vấn đề hoặc chẩn đoán y tế	Ngày	Các nhà cung cấp
1		
2		
3		

Liệt kê các loại thuốc hiện đang dùng:

Trẻ/Thanh thiếu niên này có hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ dành cho người khuyết tật phát triển không?  Đủ điều kiện; nhận dịch vụ  Đủ điều kiện; dịch vụ đang chờ thực hiện  Đang đánh giá  Đã đánh giá; kết quả không hội đủ điều kiện  Cần giới thiệu

Nếu có, năm hội đủ điều kiện: \_\_\_\_\_ Cơ quan Được Chỉ định đưa ra quyết định: \_\_\_\_\_

**C. Bảo hiểm Y tế**

Trẻ em/Thanh thiếu niên có bảo hiểm y tế không?  Không  Có

Medicaid - Số: \_\_\_\_\_  Bên thứ ba/Thương mại – Công ty bảo hiểm và số: \_\_\_\_\_

**D. Tình trạng nhận con nuôi**

Trẻ/Thanh thiếu niên có được nhận làm con nuôi không?  Có  Không  Đang chờ xử lý

Trẻ được nhận nuôi lúc bao nhiêu tuổi? \_\_\_\_\_

**E. Sự Tham gia của DCF**

<b>Điền vào tất cả những thông tin liên quan.</b>	
Trẻ/Thanh thiếu niên có thuộc sự giám hộ của DCF không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Hiện có Lệnh giám sát có điều kiện không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, thì Lệnh áp đặt cho ai?
Có vụ việc gia đình đang chờ xử lý nào với DCF không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nhân viên xã hội DCF	
Thanh thiếu niên có đang bị quản chế đối với người vị thành niên không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không



Tên Trẻ/Thanh thiếu niên: \_\_\_\_\_

Thanh thiếu niên có trong Trạng thái Là Tội phạm Vị thành niên không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Cán bộ Quản chế Chuyên gia Về Thanh niên Trưởng thành thông qua Cục Cải huấn	
Người đại diện quyền lợi	

### Thông tin cần điền tại Cuộc họp CSP

#### I. Lý do Giới thiệu

Lý do giới thiệu là gì?		
CSP:	Ngày:	Ngày họp tiếp theo:
LIT: (nếu có)	Ngày:	
CRC: (nếu có)	Ngày:	
SIT: (nếu có)	Ngày:	

#### II. Người điều phối Cuộc họp

Tên của Người điều phối CSP	Cơ quan: Địa chỉ:  Số điện thoại: E-mail:
Tên Điều phối viên LIT	Cơ quan: Địa chỉ:  Số điện thoại: E-mail:

#### III. Người tham gia Đội ngũ CSP

Tên (Vui lòng Viết in hoa)	Chữ ký và Mối quan hệ với Trẻ em/Thanh thiếu niên	Đối với các cuộc họp tiếp theo-vui lòng ký tắt nếu quý vị có tham dự

Tên Trẻ/Thanh thiếu niên: \_\_\_\_\_


#### IV. Kết nối xã hội: Ai là người quan trọng đối với tôi và gia đình tôi?

**Những người quan trọng hoặc sẽ giúp đỡ cho tôi và gia đình tôi** (ví dụ: gia đình, thành viên đại gia đình, bạn bè, hàng xóm, người đến từ nhà thờ, cơ quan cộng đồng, trường học, nơi giữ trẻ, nhà cung cấp dịch vụ khác, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe).

*Thông tin này có thể được cung cấp dưới dạng biểu đồ gen cơ bản hoặc bản đồ sinh thái, nhưng không bắt buộc phải cung cấp theo cách này. Để tìm hiểu thêm thông tin về cách lập biểu đồ gen và bản đồ sinh thái, quý vị có thể truy cập: [http://stanfield.pbworks.com/f/explaining\\_genograms.pdf](http://stanfield.pbworks.com/f/explaining_genograms.pdf) hoặc <https://www.smartdraw.com/ecomap/>. Nếu trẻ em/ thanh thiếu niên không có mặt tại cuộc họp CSP, hãy đảm bảo nhận được phản hồi của trẻ/ thanh thiếu niên về việc ai là người quan trọng và ai cần đưa vào là thành viên trong nhóm (thể thao, câu lạc bộ, nhóm dân sự), giáo viên, huấn luyện viên, bạn bè, người cố vấn.*

**Làm thế nào để tôi, với tư cách là người chăm sóc, nhận được hỗ trợ?**

*(tức là Tôi muốn xem tài liệu bằng văn bản, âm thanh hay trao đổi trực tiếp, gặp gỡ ai đó đang gặp khó khăn tương tự, cần thông dịch viên vì tôi là người học tiếng Anh, cần tiện ích hỗ trợ cho người khiếm thị hoặc khiếm thính không?)*

**V. Các Yếu tố và Nhu cầu về Khả năng Phục hồi: Điều quan trọng cần biết về Tôi (Trẻ em/Thanh thiếu niên) và Gia đình tôi?**

<p><b>1. Những hy vọng và mục tiêu dành cho tôi (trẻ em/Thanh thiếu niên) và cho gia đình tôi (các mục tiêu liên quan đến trẻ em/Thanh thiếu niên) là gì?</b></p>	
<p><b>2. Điểm mạnh, sở thích và nguồn lực của tôi (trẻ em/Thanh thiếu niên) và của gia đình tôi mà có thể giúp hỗ trợ những hy vọng và mục tiêu của trẻ/Thanh thiếu niên là gì?</b></p>	
<p><b>3. Những nhu cầu, thách thức, mối quan ngại và ưu tiên của tôi (trẻ em/Thanh thiếu niên) phải được xem xét để đạt được mục tiêu của tôi là gì?</b></p> <p><i>(Sử dụng các kế hoạch và đánh giá hiện có cũng như kinh nghiệm hiện tại để xác định những điều này.)</i></p>	

## VI. Mối quan ngại Hành vi

Vui lòng hoàn thành danh sách kiểm tra bên dưới, nếu có liên quan, dựa trên lý do tổ chức cuộc họp CSP. Nếu giấy giới thiệu được gửi bởi Bộ Sức khỏe Tâm thần, hãy đính kèm bản tóm tắt Điểm mạnh và Nhu cầu của Trẻ em và Thanh thiếu niên (CANS) gần đây nhất thể hiện nhu cầu và điểm mạnh của Trẻ/Thanh thiếu niên.

Đánh dấu vào tất cả các ô dưới đây cho thấy trẻ/thanh thiếu niên đã thể hiện hành vi đó ở mức độ được đánh dấu khi so sánh với những người khác trong nhóm tuổi của trẻ/thanh thiếu niên.

<input type="checkbox"/> Không có điều nào sau đây là đúng		
<input type="checkbox"/> ý tưởng rối rắm/kỳ lạ	<input type="checkbox"/> bốc đồng	<input type="checkbox"/> đau buồn tột cùng
<input type="checkbox"/> hành vi không phù hợp	<input type="checkbox"/> bỏ chạy	<input type="checkbox"/> lo lắng (có thể bao gồm hành vi ám ảnh cưỡng chế)
<input type="checkbox"/> phản ứng có vấn đề về mặt cảm xúc	<input type="checkbox"/> khó khăn về giác quan	<input type="checkbox"/> sử dụng chất gây nghiện
<input type="checkbox"/> tránh tiếp xúc xã hội và/hoặc cách ly xã hội	<input type="checkbox"/> đốt lửa HOẶC nghịch lửa	<input type="checkbox"/> phàn nàn về thể chất (cơ thể) không rõ nguyên nhân y tế
<input type="checkbox"/> quá hiếu động	<input type="checkbox"/> từ chối chấp nhận các giới hạn đặt ra	<input type="checkbox"/> vấn đề về ruột và bàng quang (đái dầm/ia đùn)
<input type="checkbox"/> gây hấn bằng lời nói	<input type="checkbox"/> hành vi tự làm hại bản thân	<input type="checkbox"/> liên tục không chịu đi học
<input type="checkbox"/> gây hấn với mọi người	<input type="checkbox"/> ý nghĩ tự sát	<input type="checkbox"/> bị đình chỉ/đuổi học
<input type="checkbox"/> xâm phạm tài sản	<input type="checkbox"/> hành vi tự sát	<input type="checkbox"/> tật máy giật cơ hoặc giọng nói
<input type="checkbox"/> hành vi có vấn đề về tình dục	<input type="checkbox"/> ăn trộm	<input type="checkbox"/> rối loạn giấc ngủ nghiêm trọng
<input type="checkbox"/> xa lánh gia đình quá mức	<input type="checkbox"/> tàn ác với động vật	<input type="checkbox"/> vấn đề về pháp luật
<input type="checkbox"/> phụ thuộc quá nhiều vào gia đình	<input type="checkbox"/> rối loạn ăn uống	<input type="checkbox"/> khác
<input type="checkbox"/> khó thích nghi với chấn thương	<input type="checkbox"/> hành vi đe dọa liên quan đến vũ khí	
Hãy nêu rõ thêm các vấn đề hành vi nêu trên và bối cảnh mà chúng xảy ra:		

## VII. Tình trạng giáo dục của Trẻ em/Thanh thiếu niên

Đến trường*: Quận/Liên đoàn Giám sát: *Nếu trẻ/thanh thiếu niên học tại nhà, hãy ghi trẻ/thanh thiếu niên dưới tuổi đến trường		Thị trấn nơi cha mẹ cư trú:
Lớp:	Người liên hệ của nhà trường (tên và chức vụ):	Điện thoại:

### A. Tình trạng Giáo dục Đặc biệt

<input type="checkbox"/> Đủ điều kiện; đang theo chương trình IEP	<input type="checkbox"/> Đang trong quá trình đánh giá
<input type="checkbox"/> Cần giới thiệu	
<input type="checkbox"/> Đủ điều kiện; IEP đang chờ thực hiện	<input type="checkbox"/> Đã đánh giá; kết quả không đủ điều kiện

Tên Trẻ/Thanh thiếu niên: \_\_\_\_\_

Tình trạng khuyết tật:	Chính	Phụ	Khác
Nếu 16 tuổi trở lên, kế hoạch chuyển tiếp có được bao gồm trong IEP không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Quản trị viên Giáo dục Đặc biệt:			Điện thoại:
Vui lòng mô tả bất cứ điều gì đáng chú ý liên quan đến chức năng nhận thức hoặc thích ứng:			

**B. Trạng thái Mục 504/EST**

<input type="checkbox"/> Kế hoạch 504	<input type="checkbox"/> Cần giới thiệu	Điều phối viên 504:	Điện thoại:
<input type="checkbox"/> Kế hoạch EST	<input type="checkbox"/> Cần giới thiệu đến	Điều phối viên EST:	Điện thoại:

**D. Sắp xếp Chương trình Giáo dục:** Đánh dấu vào các ô để cho biết các sắp xếp giáo dục trước đây, hiện tại và được đề xuất.

Hình thức học được Sắp xếp (đánh dấu tất cả câu trả lời thích hợp)	Trước đây	Hiện tại	Đề xuất
Tại Lớp học Giáo dục phổ thông hoặc Nơi Chăm sóc và Học tập Sớm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lớp học Giáo dục Phổ thông + hỗ trợ và/hoặc trang bị tại lớp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lớp học Giáo dục Phổ thông + hướng dẫn chuyên biệt và/hoặc các hỗ trợ khác bên ngoài lớp học (có thể bao gồm giáo dục đặc biệt dành cho trẻ nhỏ tại trường, Bắt đầu sớm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lớp học riêng biệt/Chương trình LEA thay thế (có thể ở trong hoặc ngoài khuôn viên trường)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trường học độc lập/Chương trình điều trị ban ngày	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dạy kèm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trường nội trú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chương trình giảng dạy tại nhà hoặc nhập viện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Học tập tại nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Không đi học - nhận được Bằng Phát triển Giáo dục Tổng quát (General Educational Development, GED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Không đi học - bỏ học/bị đình chỉ học/đuổi học	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khác (mô tả):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vui lòng mô tả việc sắp xếp giáo dục được đề xuất (điều này có thể tùy thuộc vào quyết định của nhóm IEP):			

**VIII. Hỗ trợ và Dịch vụ cho Trẻ em và Gia đình**

*Thông tin này nói riêng về nhu cầu của trẻ và do gia đình tự nguyện cung cấp. Danh sách này nhằm lấy ý tưởng đề xuất những hỗ trợ và dịch vụ có thể hữu ích. Danh sách này không bao gồm tất cả hoặc hạn chế tư duy sáng tạo cũng như tính cá nhân hóa.*

Dịch vụ	Cơ quan Cung cấp hoặc Cơ quan được Đề xuất Cung cấp	Trước đây	Hiện tại	Đề xuất và thời gian áp dụng
Chương trình Chăm sóc Trẻ em/Sau trường học		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Cố vấn		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Đánh giá: <input type="checkbox"/> Tâm lý <input type="checkbox"/> Y tế <input type="checkbox"/> Thần kinh <input type="checkbox"/> Sử dụng chất gây nghiện <input type="checkbox"/> Khác		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Tên Trẻ/Thanh thiếu niên: \_\_\_\_\_

Dịch vụ	Cơ quan Cung cấp hoặc Cơ quan được Đề xuất Cung cấp	Trước đây	Hiện tại	Đề xuất và thời gian áp dụng
Hỗ trợ hành vi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Quản lý trường hợp/Điều phối dịch vụ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Nghỉ ngơi <input type="checkbox"/> Theo giờ <input type="checkbox"/> Qua đêm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Bác sĩ lâm sàng tại trường học		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Tư vấn: <input type="checkbox"/> Gia đình <input type="checkbox"/> Cá nhân <input type="checkbox"/> Nhóm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Dịch vụ chuyên sâu theo gia đình		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Hỗ trợ nuôi dạy con cái tại nhà		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Thuốc		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Hoạt động kỹ năng cộng đồng		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Điều trị Sử dụng Chất gây nghiện (dành cho thanh thiếu niên)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Dịch vụ dạy nghề/việc làm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Dịch vụ tại nhà và cộng đồng/Dịch vụ phát triển (“miễn trừ”)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Dịch vụ chăm sóc cá nhân cho trẻ em		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Dịch vụ điều dưỡng công nghệ cao		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Hỗ trợ và/hoặc Trợ cấp Sau khi được Sắp xếp Nhận Hỗ trợ Lâu dài (Hỗ trợ Nhận Con nuôi hoặc Giám hộ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Lập kế hoạch An toàn Cho Gia đình/Hội nghị Nhóm Gia đình		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Trợ cấp SSI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Phương tiện đưa đón		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Dịch vụ giải quyết Bạo hành Gia đình		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Khác (mô tả):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Khác (mô tả):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Khác (mô tả):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Khác (mô tả):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Khác (mô tả):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

### IX. Kế hoạch Chủ động Phòng chống Khủng hoảng

*Đặc biệt khuyến khích các nhóm phát triển một kế hoạch chủ động phòng ngừa khủng hoảng nếu trẻ em hoặc thanh thiếu niên có sức khỏe yếu, đã từng nhập viện trong môi trường tâm thần hoặc có hành vi nguy hiểm hoặc không an toàn. Quý vị có thể đính kèm các tài liệu kế hoạch hành vi hoặc kế hoạch đảm bảo an toàn đã được thống nhất hiện có nhằm giải quyết các nhu cầu thuộc nhiều điều kiện môi trường.*

1. Cần có Kế hoạch Ứng phó Khủng hoảng <input type="checkbox"/> Có Nếu có, hãy trả lời các câu hỏi từ 2 đến 8 dưới đây <input type="checkbox"/> Không, Nếu không thì tại sao không?
2. Khủng hoảng sẽ như thế nào?
3. Những yếu tố kích hoạt/yếu tố căng thẳng nào có thể dẫn đến khủng hoảng?
4. Các chiến lược ứng phó có thể được sử dụng để ngăn chặn khủng hoảng là gì? (Mô tả các kỹ năng và chiến lược để ngăn ngừa, giảm thiểu hoặc giảm leo thang khủng hoảng.)
5. Những chiến lược nào mà trẻ và những người khác có thể sử dụng trong giai đoạn khủng hoảng để đảm bảo an toàn và giảm căng thẳng?
6. Ai là những người quan trọng cần liên hệ và khi nào nên liên hệ với họ?
7. KHÔNG nên làm gì trong khi bị khủng hoảng?
8. Khi nào cảnh sát, nhân viên sàng lọc sức khỏe tâm thần và/hoặc bệnh viện nên tham gia?
<b>XIN LƯU Ý:</b> Có thể có những trường hợp đặc biệt hoặc bất thường đòi hỏi người lớn chịu trách nhiệm phải sửa đổi kế hoạch.

### X. Theo dõi và các Bước Tiếp theo

Ngày và Thời gian Diễn ra Cuộc họp CSP Tiếp theo:
Các Bước Tiếp theo và Người chịu trách nhiệm
•
•

**Lưu ý Quan trọng:** Bất kỳ thành viên nào của nhóm CSP, bao gồm cả phụ huynh, đều có thể gửi thư giới thiệu đến Nhóm liên ngành địa phương nếu nhóm muốn nhận được hỗ trợ, ý tưởng và/hoặc đề xuất bổ sung để có thêm các hỗ trợ và dịch vụ.

## Quy trình Khiếu nại

Hầu hết các Nhóm Lập Kế hoạch Điều phối Dịch vụ đều có thể viết và triển khai thành công Kế hoạch Điều phối Dịch vụ cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên. Đôi khi, một nhóm có thể cần phải liên hệ với Nhóm liên ngành địa phương (LIT) để được hỗ trợ kỹ thuật, tư vấn hoặc giải quyết tranh chấp. Đôi khi, LIT có thể cần liên hệ với Nhóm liên ngành Tiểu bang (SIT) để được hỗ trợ kỹ thuật, tư vấn hoặc giải quyết tranh chấp. Phụ huynh, với tư cách là thành viên Nhóm Lập Kế hoạch Điều phối Dịch vụ, có thể tìm đến LIT hoặc SIT để giải quyết tranh chấp.

**XIN LƯU Ý:** Nếu phụ huynh có tranh chấp liên quan đến việc cung cấp dịch vụ thay vì điều phối dịch vụ thì phải sử dụng (các) cơ chế giải quyết tranh chấp thích hợp trong phần C. bên dưới.

### A. Quy trình Khiếu nại theo Đạo luật 264 về Điều phối Dịch vụ

Cơ quan địa phương, nhà cung cấp dịch vụ hoặc phụ huynh trong nhóm có thể khiếu nại liên quan đến sự phối hợp giữa các cơ quan theo Đạo luật 264 và các điều khoản liên quan của Thỏa thuận liên ngành.

Có thể khiếu nại nếu cả Nhóm liên ngành địa phương và Nhóm liên ngành Tiểu bang đều không thể giải quyết tranh chấp. SIT sẽ thông báo cho cơ quan địa phương, (các) nhà cung cấp dịch vụ và (các) phụ huynh về quyền khiếu nại của họ; đồng thời, cung cấp tên và địa chỉ để gửi khiếu nại.

Quy trình khiếu nại sẽ bao gồm một buổi điều trần theo Chương 25 của Tiêu đề 3. Phiên điều trần sẽ được tiến hành bởi một viên chức điều trần do Bộ trưởng Bộ Dịch vụ Nhân sinh và Bộ trưởng Bộ Giáo dục chỉ định. Dựa trên bằng chứng được đưa ra tại phiên điều trần, viên chức điều trần sẽ đưa ra phát hiện bằng văn bản và đề xuất quyết định cho Thư ký và Ủy viên. Thư ký AHS (Agency of Human Services) và AOE (Secretary of Education) có thể xác nhận, đảo ngược hoặc sửa đổi các đề xuất quyết định. Tất cả các bên sẽ nhận được quyết định cuối cùng bằng văn bản từ Thư ký.

### B. Quy trình Khiếu nại các Vấn đề Thanh toán và Bồi hoàn giữa các Cơ quan

Khi một cơ quan ngoài ngành giáo dục không cung cấp hoặc thanh toán cho các dịch vụ mà họ chịu trách nhiệm; đồng thời những dịch vụ đó cũng được coi là dịch vụ giáo dục đặc biệt cùng các dịch vụ liên quan, khu học chánh (hoặc cơ quan tiểu bang chịu trách nhiệm phát triển Kế hoạch Giáo dục Cá nhân hóa (Individualized Education Plan, IEP) của trẻ) sẽ cung cấp hoặc thanh toán cho các dịch vụ này cho trẻ một cách kịp thời. Sau đó, khu học chánh (hoặc cơ quan tiểu bang đóng vai trò là cơ quan giáo dục) có thể yêu cầu hoàn trả cho các dịch vụ đó từ cơ quan ngoài ngành giáo dục chịu trách nhiệm mà đã không cung cấp hoặc thanh toán cho các dịch vụ này. Các thủ tục được nêu trong Thỏa thuận liên ngành tháng 6 năm 2005 sẽ được sử dụng cho các yêu cầu hoàn trả giữa các cơ quan.

### C. Các Thủ tục Khiếu nại và Khiếu kiện khác dành cho Phụ huynh

Ngoài cơ hội nộp đơn khiếu nại về việc điều phối các dịch vụ theo Đạo luật 264, phụ huynh còn có quyền thực hiện các thủ tục khiếu nại và khiếu kiện khác tùy thuộc vào tính chất của dịch vụ và khiếu nại. Các thủ tục khiếu nại và khiếu kiện đó có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- Khiếu nại của phụ huynh về việc cung cấp giáo dục công lập phù hợp miễn phí và các quyền khác theo Đạo luật Giáo dục Người khuyết tật: Liên hệ với Cơ quan Giáo dục theo số (802) 479-1255.
- Cha mẹ và trẻ em có quyền khiếu nại liên quan đến Bảo hiểm Medicaid và/hoặc khiếu nại liên quan đến việc liệu trẻ có hội đủ điều kiện nhận Medicaid hay không: Liên hệ Vermont Health Connect, Trung tâm hỗ trợ khách hàng Green Mountain Care theo số 1-800-250-8437 (TDD/TTY) 1-888-834-7898.



Tên Trẻ/Thanh thiếu niên: \_\_\_\_\_

- Khiếu nại hoặc khiếu kiện liên quan đến hiệu quả làm việc của nhân viên hoặc chất lượng của chương trình: Liên hệ với nhà cung cấp giám sát chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ.

**Công bố thông tin để Nhóm liên ngành đánh giá Kế hoạch Điều phối Dịch vụ**  
**Giấy cho phép tiết lộ thông tin này phải có chữ ký của phụ huynh nếu được giới thiệu tới Nhóm liên ngành Địa phương, Ủy ban Duyệt xét Trường học hoặc Nhóm liên ngành Tiểu bang**

Tên Trẻ/Thanh thiếu niên	Người điều phối

Hầu hết các Kế hoạch Điều phối Dịch vụ (CSP) đều được thực hiện. Tuy nhiên, nếu nhóm CSP không đồng ý với kế hoạch, họ có thể nhờ trợ giúp từ Nhóm liên ngành Địa phương (LIT). Nếu LIT không thể phát triển kế hoạch đạt được sự đồng thuận thì Nhóm liên ngành Tiểu bang (SIT) có thể được yêu cầu trợ giúp. Nếu Nhóm CSP đang cân nhắc dịch vụ chăm sóc toàn diện hoặc chăm sóc nội trú thì Nhóm CSP phải yêu cầu Ủy ban Duyệt xét Trường học (CRC) duyệt xét và cân nhắc khả năng này.

Tôi đồng ý tiết lộ thông tin thích hợp bao gồm Kế hoạch Điều phối Dịch vụ (CSP) cho: Nhóm liên ngành Địa phương (LIT), Nhóm liên ngành Tiểu bang (SIT) và/hoặc Ủy ban Duyệt xét Trường học (CRC).

Tôi hiểu rằng:

- Thông tin của con tôi bao gồm hồ sơ về lịch sử giáo dục, tâm lý, xã hội, đánh giá y tế và các dịch vụ được cung cấp cho con tôi. Thông tin của con tôi cũng bao gồm CSP của con tôi.
- Thông tin của con tôi sẽ được chia sẻ với LIT, SIT và/hoặc CRC để họ có thể (1) duyệt xét CSP của con tôi và/hoặc (2) duyệt xét yêu cầu cho dịch vụ chăm sóc toàn diện hoặc nội trú chuyên sâu.
- Tôi có thể xem hoặc lấy bản sao thông tin về con tôi đã được chia sẻ với LIT, SIT và/hoặc CRC bằng cách gửi thư yêu cầu cho người điều phối.
- Các thành viên của LIT, SIT và/hoặc CRC hiểu rõ rằng thông tin của con tôi được bảo mật và họ sẽ không chia sẻ thông tin về con tôi với người khác khi chưa nhận được sự đồng ý trước bằng văn bản của tôi trừ khi luật pháp quy định những thông tin đó phải được chia sẻ.
- Mẫu chấp thuận này sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày tôi ký.
- Tôi có thể hủy bỏ sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào bằng cách viết thư cho người điều phối, trừ khi LIT, SIT hoặc CRC đã sử dụng thông tin đó.
- Nếu tôi không đồng ý, LIT, SIT và/hoặc CRC không thể (1) duyệt xét CSP của con tôi hoặc (2) duyệt xét yêu cầu chăm sóc toàn diện hoặc nội trú chuyên sâu.
- Các quyền lợi và dịch vụ hiện tại của con tôi sẽ không bị ảnh hưởng nếu tôi không đồng ý.
- Tôi sẽ nhận được một bản sao của mẫu chấp thuận này sau khi tôi ký tên.
- Thông tin chung về tính hữu ích của quy trình lập Kế hoạch Điều phối Dịch vụ được Nhóm Liên ngành Tiểu bang thu thập. Thông tin từ hồ sơ giới thiệu của con tôi có thể được sử dụng trong nỗ lực này nhưng sẽ không bao gồm thông tin về con tôi và gia đình tôi.

<b>Tôi muốn nói chuyện với đại diện phụ huynh của Nhóm liên ngành Địa phương hoặc Tiểu bang của tôi trước cuộc họp với LIT, SIT hoặc CRC.</b>			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	<b>Tên viết in hoa</b>	<b>Chữ ký</b>	<b>Ngày</b>
Phụ huynh / Người giám hộ			
Nhân chứng			

Tên Trẻ/Thanh thiếu niên: \_\_\_\_\_

Phụ huynh Đại diện về Giáo dục (nếu có)			
---	--	--	--

## **Phần Phụ mục: Chuyển đến Ủy ban Duyệt xét Trường hợp**

*Ngoài gói CSP, quý vị **phải** điền đầy đủ thông tin cho phần này nếu giới thiệu được gửi tới Ủy ban Duyệt xét Trường hợp để Xem xét Sắp xếp Cơ sở Nội trú.*

Ủy ban Duyệt xét Trường hợp (CRC) được Nhóm Liên ngành Tiểu bang (SIT) thành lập với mục đích làm việc với các nhóm địa phương để phát triển Kế hoạch Điều phối Dịch vụ phù hợp cho trẻ em. CRC cam kết cung cấp dịch vụ cho trẻ em và thanh thiếu niên bị rối loạn cảm xúc nghiêm trọng và các khuyết tật khác như được nêu trong Thỏa thuận Liên ngành AOE/AHS trong môi trường ít hạn chế nhất phù hợp với nhu cầu của họ. SIT và CRC tin rằng, trẻ em nên được cung cấp dịch vụ ngay trong cộng đồng của mình, nếu có thể. Chỉ nên sử dụng điều trị nội trú chuyên sâu khi cần thiết để đáp ứng nhu cầu cá nhân của trẻ.

CRC đã được thành lập như là một tiểu ban của Nhóm liên ngành Tiểu bang nhằm đạt được hai mục tiêu **áp dụng các tiêu chí nhất quán**:

1. hỗ trợ các nhóm địa phương khi họ xác định, tiếp cận và/hoặc phát triển các phương án điều trị ít hạn chế hơn; và
2. đảm bảo sự phù hợp tốt nhất có thể giữa cơ sở điều trị trẻ em và cơ sở điều trị nội trú, khi các lựa chọn thay thế ít hạn chế hơn không phù hợp.

Để xem hướng dẫn đầy đủ về CRC, vui lòng truy cập trang web IFS tại: <http://ifs.vermont.gov/docs/sit>.

### **Câu hỏi Giới thiệu Cơ sở Nội trú**

*Các câu hỏi sau đây cần được hoàn thành bởi Nhóm CSP hoặc Nhóm liên ngành Địa phương, bất kỳ nhóm nào đang gửi giấy giới thiệu đến Ủy ban Duyệt xét Trường hợp.*

<b>Thông tin Quan trọng</b>
<p>Nếu nộp đơn xin điều trị nội trú và trẻ được nhận làm con nuôi, Đơn vị Quản lý Trẻ Nhận nuôi DCF có biết gia đình đang nộp đơn xin điều trị nội trú không?   <input type="checkbox"/> Có   <input type="checkbox"/> Không</p> <p style="text-align: center;"><i>Lưu ý: Gia đình có trách nhiệm thông báo cho Đơn vị Quản lý Trẻ Nhận nuôi về sự thay đổi nơi cư trú của trẻ em/thanh thiếu niên.</i></p>
<p>Nếu trẻ/thanh thiếu niên đang thuộc quyền giám hộ của DCF:                      Thị trấn cư trú của (các) phụ huynh vào thời điểm giám hộ trẻ là ở đâu?                      Quyền của cha mẹ đã bị chấm dứt (TPR) chưa?   <input type="checkbox"/> Không   <input type="checkbox"/> Có  <i>Nếu đã chấm dứt, thị trấn nơi cha mẹ cư trú tại thời điểm TPR:</i></p>
<p>(Những) người có thẩm quyền ra quyết định về y tế và giáo dục:</p>
<p>Nếu trẻ/thanh thiếu niên có bảo hiểm thương mại, hãy cho biết quý vị đã kiểm tra với công ty bảo hiểm của trẻ/thanh thiếu niên để xem liệu họ có cung cấp quyền lợi chi trả cho việc điều trị nội trú hay không.  <input type="checkbox"/> Có, họ có chi trả   <input type="checkbox"/> Không, họ không chi trả</p>
<p><b>Các Yếu tố Rủi ro</b> (đánh dấu tất cả những lựa chọn phù hợp)</p> <p>Nạn nhân được chứng minh là:   <input type="checkbox"/> Bị lạm dụng thể chất   <input type="checkbox"/> Bị bỏ bê   <input type="checkbox"/> Bị lạm dụng tình dục   <input type="checkbox"/> Bị lạm dụng tinh thần</p> <p><input type="checkbox"/> Bị xét xử vì các hành vi có hại liên quan tới tình dục   <input type="checkbox"/> Có bằng chứng rõ ràng là thủ phạm lạm dụng tình dục</p> <p><input type="checkbox"/> Việc xét xử khác (mô tả):</p>

- Các yếu tố rủi ro khác (mô tả):
- Tiểu sử buôn bán người
- Tiểu sử/hiện tại từng chứng kiến bạo lực gia đình  Tiền sử chấn thương nghiêm trọng khác:

**1. Những rào cản nào cản trở việc đáp ứng nhu cầu của trẻ/thanh thiếu niên trong cộng đồng?**

**2. Vui lòng trả lời MỘT trong những câu hỏi sau đây--Nếu quý vị đang yêu cầu đánh giá, hãy trả lời (a) nếu quý vị đang yêu cầu điều trị nội trú, hãy trả lời (b).**

a. Nếu quý vị đang yêu cầu đánh giá, quý vị muốn nhận được câu trả lời cho những câu hỏi lâm sàng và/hoặc giáo dục nào?

b. Nếu quý vị đang yêu cầu điều trị nội trú, mục tiêu của mức độ can thiệp chuyên sâu này là gì? Mục tiêu của gia đình và trẻ/thanh thiếu niên là gì?

**3. Sự tham gia của phụ huynh/gia đình sẽ như thế nào trong quá trình điều trị nội trú?**

**4. Vui lòng cho chúng tôi biết bất kỳ khó khăn nào có thể xảy ra khi phụ huynh/gia đình tham gia vào việc điều trị.**

**5. Có khuyến nghị nào về các dịch vụ tại nhà trong khi trẻ/thanh thiếu niên đang được điều trị không? Nếu có, vui lòng mô tả chi tiết.**

**6. Làm thế nào nhóm xác định được là trẻ/thanh thiếu niên có sự tiến bộ? Nhóm đang mong muốn đạt được kết quả gì?**

<p><b>7. Kế hoạch xuất viện/tái hòa nhập cộng đồng là gì?</b></p>
---

## Hoàn cảnh Sống của Trẻ/Thanh Thiếu niên

*Vui lòng đánh dấu vào các ô thích hợp để cho biết hoàn cảnh sống và nơi ở trước đây, hiện tại cũng như được đề xuất của trẻ/thanh thiếu niên, bao gồm cả ngày tháng trên mỗi dòng.*

Loại hình (Đánh dấu tất cả những lựa chọn phù hợp và bao gồm cả ngày tháng).	Trước đây	Hiện tại	Đề xuất
Sống độc lập	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Hai người chăm sóc (ít nhất một người là người thân ruột thịt)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Chỉ có một cha/mẹ ruột (không có bạn đời)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Cách nuôi dạy con cái chung	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Gia đình nhận con nuôi	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Người thân/Người lớn không được trả lương	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Chăm sóc thay thế	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Chăm sóc trị liệu thay thế	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Nhà tập thể	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Nơi trú ẩn khẩn cấp	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Đánh giá Chương trình điều trị nội trú	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Điều trị Nội trú - Dài hạn (không phải điều trị nghiện rượu/chất gây nghiện)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Chương trình Điều trị Nghiện rượu/chất gây nghiện Nội trú	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Bệnh viện Đa khoa	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Bệnh viện Tâm thần	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Cơ sở An toàn dành cho Trẻ vị thành niên	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Cơ sở Cải huấn	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Các Lựa chọn thay thế Giam giữ	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Không có nơi ở	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Khác (mô tả):	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Tên Trẻ/Thanh thiếu niên: \_\_\_\_\_

<b>Loại hình (Đánh dấu tất cả những lựa chọn phù hợp và bao gồm cả ngày tháng).</b>	<b>Trước đây</b>	<b>Hiện tại</b>	<b>Đề xuất</b>
Khác (mô tả):	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<b>Hãy mô tả hoàn cảnh sống được đề xuất:</b>			

## Trang chữ ký Giới thiệu Cơ sở Nội trú

**Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: Luôn bắt buộc.**

Tên, vai trò và số điện thoại	Chữ ký	Ngày	Giới thiệu Cơ sở Nội trú	
			Đồng ý	Không đồng ý
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Chữ ký của Người Quản lý Giáo dục: Nếu trẻ đang theo chương trình IEP, Giám đốc Giáo dục Đặc biệt phải ký tên. Nếu trẻ không theo chương trình IEP (tức là trẻ đang tham gia kế hoạch 504, kế hoạch EST hoặc chương trình giáo dục thông thường), cần phải có chữ ký của Hiệu trưởng hoặc Giám đốc Giáo dục Đặc biệt (như được quy định theo thủ tục địa phương).**

Tên, vai trò và số điện thoại	Chữ ký	Ngày	Giới thiệu Cơ sở Nội trú	
			Đồng ý	Không đồng ý
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Chữ ký của Giám đốc Khu Dịch vụ Gia đình: Nếu trẻ em/Thanh thiếu niên đang được ủy viên Bộ Trẻ em và Gia đình giám hộ thì chữ ký này là bắt buộc.**

Tên, vai trò và số điện thoại	Chữ ký	Ngày	Giới thiệu Cơ sở Nội trú	
			Đồng ý	Không đồng ý
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Chữ ký của Giám đốc Cơ quan Sức khỏe Tâm thần Cộng đồng Trẻ em hoặc Quản lý được chỉ định: Luôn bắt buộc.**

Tên, vai trò và số điện thoại	Chữ ký	Ngày	Giới thiệu Cơ sở Nội trú	
			Đồng ý	Không đồng ý
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Chữ ký của các Thành viên khác trong nhóm:**

Tên, vai trò và số điện thoại	Chữ ký	Ngày	Giới thiệu Cơ sở Nội trú	
			Đồng ý	Không đồng ý
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>