



您是否需要 以下任何方面的帮助或信息？	请勾选 “是”或“否”	描述
您孩子的发育需求	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
有关您孩子发育迟缓或残障的信息	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
住房、食物、衣物	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
就业	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
电话、技术 (即互联网连接)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
找到医生或其他专科医生	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
寻找儿童保育服务	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
寻求看护者帮助以得到休息 (即喘息)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
心理健康资源	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
应对您孩子的发育迟缓/残障问题	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
帮助您孩子的兄弟姐妹适应拥有一个发育迟缓/残障的兄弟姐妹	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
设备、用品、辅助技术设备 (assistive technology devices, ATD) 和/或服务	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
在家中或社区进行家庭/游戏活动的想法	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
让您的孩子融入社区和活动	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
与社区中的其他家庭会面	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
对您的家进行改造, 以协助您的孩子进行日常生活活动	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
家庭培训/教育	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
规划未来;期待事项	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

您的优先事项、资源和担忧是什么？	描述
清醒/睡觉习惯(即描述您的孩子是如何让您知道他/她醒着的。)描述与您孩子的小憩/就寝习惯,他们可以独立入睡吗?)	
喂食/用餐习惯(即描述您的孩子的吃喝情况,如何让您知道他们饿了、他们最喜欢的食物、不爱吃的食物。)	
纸尿裤/穿衣习惯(即描述您的孩子如何使用纸尿裤?如何穿衣服?)	
室内/室外的游玩习惯(即最喜欢的玩具?喜欢到室外游玩?通常的游玩习惯,喜欢和谁玩?)	
洗澡习惯(即描述与您孩子的洗澡时光。)	
差事/准备外出习惯(即描述您的孩子在郊游或从一项活动过渡到另一项活动期间的表现。)	
家庭时光习惯(即您的家人如何在一起度过时光?您的家庭有什么娱乐活动?)	
家长/孩子的关系和互动(即描述您是如何与您的孩子互动/交流或玩耍的。)	
资源(即家庭、几代同堂的大家庭、WIC、Medicaid、医生、SSI 等等。您都赡养哪些人?您的家人参与了EIP 以外的哪些计划?您希望帮助您联系哪些资源?)	
关于您的孩子和家庭,我们是否还有任何其他优先事项、资源或担忧没有讨论过?如果回答“是”,请说明。	

评估中是否有哪些信息您不希望包含在评估报告中并在 IFSP 会议上讨论?请描述:

您的服务协调员将为您提供有关其他可以帮助您的家庭的计划和服务的信息和资源,包括早期干预计划之外的服务。