

Имя ребенка \_\_\_\_\_  
Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Второе имя \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_  
ММ/ДД/ГГГГ

Члены семьи, принимающие участие в оценке	Другие члены семьи / братья и сестры, проживающие с ребенком
Имя _____	Имя _____
Отношение родства с ребенком _____	Отношение родства с ребенком _____
Имя _____	Имя _____
Отношение родства с ребенком _____	Отношение родства с ребенком _____
Имя _____	Имя _____
Отношение родства с ребенком _____	Отношение родства с ребенком _____

В рамках программы Многопрофильной оценки ребенка (Multidisciplinary Evaluation, MDE) вам предлагается принять участие в добровольной оценке семьи. Ваше участие позволит определить проблемы, насущные потребности и ресурсы вашей семьи, связанные с уходом за ребенком и улучшением его развития, и таким образом повлиять на результаты услуг раннего вмешательства. Это не проверка ваших родительских навыков. Оценка семьи осуществляется на основе информации, предоставленной вами и вашей семьей в личной беседе с членом группы, проводящей оценку.

С помощью оценки семьи вы также сможете определить, какие услуги раннего вмешательства и других общественных служб прежде всего необходимы как вашей семье, так и ребенку. Кроме того, это может помочь вам и работающей с вами команде Индивидуального семейного плана обслуживания (Individualized Family Service Plan, IFSP) организовать встречу в рамках IFSP, если ваш ребенок соответствует критериям участия в Early Intervention Program (EIP). Вся предоставленная вами информация не разглашается. Вы самостоятельно решаете, какие данные по результатам оценки будут включаться в отчет и обсуждаться на встрече в рамках IFSP.

На какие вопросы я могу ответить, прежде чем будет принято решение об участии в оценке семьи?

Отметьте нужное и подпишите:

- Да, я хочу принять участие в оценке семьи.  
 Нет, я не хочу принимать участие в оценке семьи.

Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Обратите внимание!** Если заполняемая форма оценки семьи содержит электронную подпись родителя/опекуна, подтверждающую согласие на участие в оценке семьи, **то она должна сопровождаться маркером проверки электронной подписи (считываемым с помощью таких приложений, как Adobe Acrobat, DocuSign и т. д.), в котором указаны дата и время подписания формы.** Если такая мера защиты недоступна, форму оценки семьи необходимо распечатать, чтобы у родителя/законного опекуна была возможность подписать копию для подтверждения согласия.

Подпись лица, ответственного за оценку \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Вам необходима помощь или информация относительно каких-либо из перечисленных ниже пунктов?	Отметьте «Да» или «Нет»	Описание
Потребности ребенка, связанные с его развитием	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Информация относительно задержки развития или инвалидности ребенка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Жилье, питание, одежда	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Трудоустройство	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Телефонная связь, технологии (например, подключение к интернету)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Поиск врача или других специалистов	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Услуги по уходу за ребенком	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Помощь опекунам на время их отдыха	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Ресурсы по психическому здоровью	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Преодоление проблем, связанных с задержкой развития / инвалидностью ребенка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Помощь братьям/сестрам ребенка в адаптации к жизни с братом/сестрой с задержкой развития / инвалидностью	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Оборудование, принадлежности, вспомогательные технические средства и/или услуги	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Идеи для семейных/игровых занятий дома или в обществе	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Интеграция вашего ребенка в общество и различные виды деятельности	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Встречи с другими семьями в вашем окружении	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Необходимые изменения в доме, направленные на облегчение выполнения повседневных действий вашим ребенком	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Семейное обучение/образование	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Планирование будущего; ожидания от будущего	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Ваши насущные потребности, ресурсы и проблемы	Описание
Бодрствование/сон (например, опишите, как ребенок сообщает вам, что он не спит. Опишите дневной и ночной сон ребенка. Засыпает ли он самостоятельно?)	
Кормление/приемы пищи (например, опишите, как ребенок ест, пьет, сообщает, что он голоден; опишите любимую еду и продукты, с употреблением которых возникают трудности).	
Смена подгузников / одевание (например, опишите, как ребенок ведет себя во время смены подгузника и/или во время одевания).	
Игры дома / на улице (например, назовите любимые игрушки ребенка. Нравится ли ему находиться на улице? Каковы игровые привычки ребенка, с кем он обычно играет?)	
Купание (например, опишите, как проходит купание ребенка).	
Прогулки / подготовка к выходу на улицу (например, опишите, как ребенок ведет себя на прогулке или во время смены занятий).	
Семейное времяпрепровождение (например, опишите, как ваша семья проводит время вместе и развлекается).	
Взаимодействие и отношения родителей с детьми (например, опишите, как вы взаимодействуете, занимаетесь или играете со своим ребенком).	
Ресурсы (например, члены семьи, другие родственники, церковь, программа WIC, Medicaid, врачи, социальная помощь и т. д. Кто вас поддерживает? В каких программах, помимо EIP, участвует ваша семья? Помощь в установлении связи с какими ресурсами вам необходима?)	
Есть ли у вас какие-либо другие насущные потребности, ресурсы или проблемы, связанные с вашим ребенком, которые мы не обсудили? Если да, опишите их.	

Укажите информацию, которую вы бы не хотели включать в отчет по оценке и обсуждение на встрече в рамках IFSP. Описание:

---



---



---

Координатор услуг предоставит вам информацию о других программах и службах, способных помочь вашей семье, в том числе о тех, которые не связаны с программой Early Intervention Program.