IFSP da Família

(Plano individualizado de serviços para a família)

Nome da criança: _____

Data de Nascimento: _____**Sexo**: _____

Endereço: _____

_____

Telefones: Casa _____

Trabalho do(a):_____ _____

Trabalho do(a):_____ _____

Email: _____

Mudança de endereço: _____

Língua materna: _____

Pai ou mãe / cuidador da criança: _____ Relação: _____

Pai ou mãe / cuidador da criança: _____ Relação: _____

Pai ou mãe / cuidador da criança: _____ Relação: _____

Profissional do programa Intervenção Precoce responsável pela implementação do IFSP:

Coordenador de serviços: _____

Data em que foi designado a esta família: _____

Coordenador de serviços: _____

Data em que foi designado a esta família: _____

Tempo de duração do IFSP: De: _____ **a**: _____ **Data(s) da reavaliação:** _____ _____ _____ _____

O IFSP é um documento de trabalho que descreve os serviços prestados pelo programa Intervenção Precoce. O desenvolvimento do plano é um processo de colaboração entre as famílias e os profissionais e se baseia nas conclusões de uma avaliação multidisciplinar. Ele é criado nos 45 dias seguintes à data de encaminhamento. Deve-se fazer uma ***reavaliação a cada seis meses*** *e uma revisão cada vez que for necessário redeterminar as condições de qualificação. Podem se fazer reavaliações mais frequentes e introduzir mudanças sempre que a família e o programa concordarem que isto seja necessário. O coordenador de serviços do programa Intervenção Precoce é responsável por implementar o plano, preparar-se para reuniões para a continuidade dos serviços do IFSP e cumprir com os prazos federais.*

Nome da criança : _____
Data de Nascimento: _____

PÁGINA DA FAMÍLIA

Cada família é diferente e cada uma tem suas próprias prioridades, preocupações e recursos. Esta é a oportunidade da sua família para conversar com os membros da sua equipe sobre o seu filho e a sua família e a sua participação em outros serviços na comunidade. A informação contida nesta página é confidencial e não será divulgada sem a sua permissão. Esta página deve ser preenchida cada vez que for necessário redeterminar a qualificação ao programa.

Como você descreveria o seu filho e a sua família? O que você considera como sendo os pontos fortes, as preocupações e as prioridades do seu filho e da sua família?

A sua família recebe algum tipo de serviço médico ou comunitário?

A sua família precisa de algum tipo de serviço médico ou comunitário?

Descreva os passos que o coordenador de serviços ou a família deve seguir para obter esses outros serviços e recursos (os detalhes também podem ser descritos na página sobre os resultados da família, na seção estratégias).

☐ Avaliação direcionada à família/lista de itens/entrevista Data: _____

Informação fornecida por: _____ Data: _____

Nome da criança : _____
Data de Nascimento: _____

PERFIL DE DESENVOLVIMENTO

O perfil de desenvolvimento da criança (páginas 3 e 4) resume o resultado da avaliação e da informação obtida sobre a saúde e o desenvolvimento do seu filho. Ele pode incluir, ou não, os níveis de desenvolvimento conforme o desejo da sua família e dos outros membros da equipe. Esta seção pode ser compartilhada com companhias de seguro, médicos, escolas e terceiros designados pelos pais e/ou responsável.

Data da avaliação _____ Idade da criança: anos _____ meses _____

Nome(s) do pai/mãe/pessoa que cuida da criança: _____

Instrumentos usados na avaliação de qualificação para serviços:

- ☐ Perfil de desenvolvimento do programa Intervenção Precoce (Michigan)
- ☐ Inventário de desenvolvimento Battelle, 2ª edição

Outras fontes de avaliação:

- ☐ Observação clínica
- ☐ Informação do pai/mãe/pessoa que cuida da criança
- ☐ Outro: _____

PARTICIPANTES E DISCIPLINAS:

HISTÓRIA CLÍNICA / ESTADO DE SAÚDE:

ESTADO VISUAL E AUDITIVO:

RESUMO E RECOMENDAÇÕES:

Nome da criança : _____
Data de Nascimento: _____

PERFIL DE DESENVOLVIMENTO (cont.)

Data da avaliação _____ Idade da criança: anos _____ meses _____

Interação social emocional/social pessoal:
Cognição:
Desenvolvimento motor, incluindo o desenvolvimento motor grosso e fino:
Adaptação/auto cuidado:
Comunicação, incluindo linguagem expressiva e receptiva:

Nome da criança : _____
Data de Nascimento: _____

RESULTADOS E ESTRATÉGIAS PARA A CRIANÇA E A FAMÍLIA

*Esta página resume os **resultados, as metas e as estratégias mensuráveis** específicos que foram determinados com a família como parte da intervenção precoce e que foram baseados nas preocupações identificadas durante o processo de avaliação e das prioridades da família. O coordenador de serviços deve conversar com a família sobre o que ela espera alcançar com o programa Intervenção Precoce, incluindo a aquisição da linguagem e de pré-alfabetização conforme apropriado para a etapa de desenvolvimento da criança, o nível de progresso para alcançar as metas determinadas e se é necessário fazer mudanças ou revisões do plano.*

DATA DE INÍCIO: _____

Resultado desejado - queremos (o que vai acontecer ou mudar?):

Para que (porque isso é importante?):

Atividades e ideias que podemos pôr em prática para que isto aconteça (estratégias):

Quem vai ensinar ou aprender estas atividades?

Lugares para ensinar e/ou aprender estas atividades:

Saberemos que alcançamos nossa meta quando (o que será observado ou medido?) (Incluir um período de tempo):

Data de reavaliação: _____

- ☐ **a meta foi alcançada**
- ☐ **vamos rever a meta**
- ☐ **vamos continuar com esta meta**

Descrever o nível do progresso para alcançar esta meta até agora ou se a meta foi alcançada:

Nome da criança : _____
Data de Nascimento: _____

PLANO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Esta página identifica os ***serviços do programa Intervenção Precoce que são fundamentados em pequisas revisadas por pares (na medida do possível), e que são necessários para suprir as necessidades únicas de cada criança e sua família, para assim alcançar metas e resultados mensuráveis. Estes serviços*** *podem incluir visitas domiciliares, grupos de crianças na comunidade, grupos apenas para crianças do programa Intervenção Precoce, grupos de pais, transporte, serviços especializados, etc. O profissional de cada serviço deve ser identificado conforme a disciplina, e o local de prestação de serviços deve incluir um ambiente natural da criança como o lar, a creche, grupos de jogos e outros lugares na comunidade. Mudanças de serviços específicos, frequência ou local de prestação de serviços do programa Intervenção Precoce requerem o consentimento de um dos pais, devem ser documentados na seção reavaliação do IFSP e atualizados a seguir. Os serviços do programa Intervenção Precoce são financiados pelo Departamento de Saúde Pública com fundos estaduais e federais, do Medicaid, de companhias de seguro de saúde privadas e de taxas que são baseadas no tamanho e na renda familiar e cobradas a algumas famílias.*

Data de início	**1. Método/intensidade (individual ou grupo)/tipo de serviço do Intervenção Precoce** **2. Localização** **3. Período (de tempo) e frequência (número de dias/sessões)** **4. Duração (do serviço)** **5. Método (como e por quem) profissional/disciplina**					**Data de término**
	1. Método/ intensidade/ tipo de serviço:	**2. Localização**	**3. Período de tempo/frequência**	**4. Duração:**	**5. Profissional/disciplina**	
Exemplo:	*Visita domiciliar*	*Creche*	*1 hora/1 vez por semana*	*6 meses*	*Jane Jones/OTR*	

Em que ambiente natural da criança (onde e com quem) os serviços serão prestados? Como será feita a colaboração entre os indivíduos nesses ambientes?

As justificativas clínicas individualizadas do IFSP para todos os serviços do programa Intervenção Precoce que não sejam prestados no ambiente natural da criança (conforme determinado pelos pais e pela equipe do IFSP) devem incluir o seguinte: uma explicação dos motivos pelos quais a equipe do IFSP determinou que os objetivos não poderiam ser alcançados no ambiente natural da criança, uma explicação de como os serviços prestados nesse ambiente vão apoiar a capacidade da criança de funcionar no seu ambiente natural e um plano de transição com prazos determinados.

Nome da criança : _____
Data de Nascimento: _____

PLANO DE TRANSIÇÃO

Os serviços do programa Intervenção Precoce estão disponíveis para crianças até os três anos de idade que se qualificam, ou até que se considere que a criança não se qualifica mais. Esta página descreve o processo do ***Plano de Transição*** *que ocorre antes que os serviços do programa Intervenção Precoce terminem. O planejamento para isto pode começar a qualquer momento, mas o mais tardar quando a criança tiver 2 anos e 6 meses de idade. O processo inclui atividades e tarefas para a família e o pessoal do Intervenção Precoce, e deve incluir uma revisão das opções para as famílias, informação para os pais sobre o processo de transição, apoio disponível para os pais, informação que deve ser mandada ao LEA e/ou a outros prestadores de serviços na comunidade e o plano específico de como a criança vai fazer uma transição bem-sucedida ao próximo ambiente.*

Data de início	Estratégias/atividades da transição
	☐ Explicar à família que as atividades em preparação à transição são para todas as crianças e podem começar em qualquer momento, mas não além dos 30 meses de idade, e serão discutidas com mais detalhe no momento apropriado. ☐ Identificar as opções disponíveis na comunidade para a criança e a família (por exemplo, escola pública, programa *Head Start*, creches, pré-escolares, horário de histórias da biblioteca, redes sociais para famílias, programas para pais e filhos, atividades recreativas, etc.). Quais são os passos necessários para explorar os detalhes dessas opções? Quem será o responsável por esses passos? ☐ Rever oportunidades de formação ou de informação para pais sobre programas de transição e futuros. Isto pode incluir oportunidades de formação e/ou informativas com representastes de escolas oferecidas pelo programa Intervenção Precoce, o Conselho Consultivo de Pais local (PAC), o centro de treinamento e informação para pais da Federação para Crianças com Necessidades Especiais, redes sociais para famílias, etc. ☐ Explorar opções de apoio para pais. Isto pode incluir um trabalho conjunto com o coordenador de serviços do Family TIES, PAC, programas de pais-para-pais, benefícios públicos ou programas de descanso temporário ou outros recursos locais, estaduais ou federais.

Nome da criança : _____
Data de Nascimento: _____

PLANO DE TRANSIÇÃO

Data de início	Estratégias/atividades para a transição
	☐ Descrever os passos e os serviços necessários para preparar a criança para a transição. Qual será o apoio para o ajuste ou transição da criança para um novo programa? (Por exemplo, visitar a nova sala de aula ou local comunitário, fornecer informação sobre o novo programa, fornecer aos pais informação sobre desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida ou recursos na comunidade, etc.) ☐ Organizar uma reunião para planejar a transição. A reunião para planejar a transição é uma reunião para rever os serviços da criança, discutir sobre possíveis opções de programas com prestadores de serviços na comunidade, se for aplicável, e estabelecer atividades de transição. **Um pai ou mãe pode decidir não querer um encaminhamento para a agência local de educação (LEA). Ele(a) pode decidir mandar uma notificação para a agência de educação local ou estadual (LEA ou SEA) revocando a sua participação 90 dias antes do 3º aniversário da criança.** ☐ Eu não quero que a minha informação pessoal de identificação (meu nome, o nome do meu filho, número de telefone, endereço e data de nascimento) seja mandada ao LEA/SEA. Nenhuma informação pessoal de identificação será mandada ao LEA/SEA a não ser que eu assine um consentimento para divulgar essa informação. Pai, mãe ou responsável _____ Data: _____ ☐ O plano de transição não foi completado pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

Nome da criança : _____
Data de Nascimento: _____

PLANO DE TRANSIÇÃO

PARA CRIANÇAS ENCAMINHADAS À ESCOLA PÚBLICA PARA EDUCAÇÃO ESPECIAL OU SERVIÇOS RELACIONADOS

Deve-se seguir um calendário e atividades específicas quando o seu filho tem a possibilidde de ser elegível para os serviços de educação especial ou relacionados em cumprimento com a Parte C da IDEA (34 CFR 303.209). Esta página descreve os passos e os procedimentos que o programa Intervenção Precoce deve seguir.

Data de início	Estratégias/atividades para a transição
	☐ Data de encaminhamento/notificação para a agência local de educação (LEA): _____ Com o consentimento escrito dos pais, o encaminhamento pode ser feito pelo menos 90 dias e até 9 meses antes do 3º aniversário da criança. <u>Determinar a informação de apoio para a transição da criança</u>. Deve se assinar um consentimento para que o programa Intervenção Precoce possa liberar qualquer informação ao sistema escolar (por exemplo, informação sobre o IFSP do seu filho, avaliações, etc.) ☐ IFSP (especificar as seções do IFSP que serão mandadas):_____ ☐ Avaliações ☐ Outra informação: _____ Observações: <u>Organizar uma reunião para planejar a transição.</u> A reunião para planejar a transição é uma reunião para rever os serviços da criança, discutir possíveis opções de programas com o LEA e estabelecer atividades de transição. Com a permissão dos pais, o LEA será notificado e convidado a participar desta reunião. Data em que o convite para a reunião de transição foi mandado ao LEA _____ Data da reunião para planejar a transição _____ (*também chamada Reunião dos 90 dias com a agência local de educação (LEA). Regulamentos federais permitem que a reunião de planejamento da transição aconteça até 9 meses antes do terceiro aniversário da criança.* O LEA participou na reunião de planejamento da transição? ☐ Sim ☐ Não Observações:

Nome da criança : _____
Data de Nascimento: _____

PÁGINA DE REAVALIAÇÃO

Data de reavaliação: _____

☐ **Reavaliação de seis meses** **OU** ☐ **Geral**

(A reavaliação de seis meses ou a reavaliação geral do progresso da criança em relação aos resultados, estratégias e serviços prestados do IFSP deve ser um processo multidisciplinar e implica dois ou mais indivíduos ou profissões. Um deles deve ser o coordenador de serviços).

Reunião para a reavaliação do IFSP

Deve-se fazer uma reavaliação do IFSP da criança e sua família a cada seis (6) meses ou, se as condições forem necessárias ou se a família pedir, com maior frequência. O objetivo da reavaliação periódica é determinar o progresso para alcançar os resultados ou as metas identificadas no IFSP e/ou se é necessário fazer mudanças ou rever os resultados, metas ou serviços do programa Intervenção Precoce identificados no IFSP. A reavaliação deve ser feita durante uma reunião ou de outra forma que for aceitável para os pais e outros participantes.

Resumo da discussão:

Revisão do progresso do desenvolvimento da criança: resultados, mudanças de serviços, etc.:

Os pais devem dar consentimento escrito antes dos serviços do programa Intervenção Precoce começarem. Os pais podem escolher dar o consentimento para algumas mudanças dos serviços, e não outras. O consentimento implica que você está a par de qualquer mudança e que concorda com ela. Devem-se prestar os serviços do IFSP que foram aceitos pelo(s) pai(s) e que estejam sujeitos ao pagamento de uma taxa anual, se for o caso.

☐ Eu recebi (nós recebemos) a **notificação da reunião do plano individualizado de serviços** para fazer uma revisão do IFSP.

☐ Eu fui (nós fomos) informado dos direitos da família e recebi (recebemos) uma cópia do documento. Eu participei (nós participamos) da criação deste IFSP e:

☐ Eu estou (nós estamos) de acordo com a mudança dos serviços conforme se descreve acima.

☐ Eu dou (nós damos) consentimento para que o programa tenha acesso ao meu plano de saúde público e/ou particular para o pagamento dos serviços adicionais que se descrevem acima.

☐ Eu gostaria (nós gostaríamos) de ter uma reunião para reavaliar o IFSP como os outros membros da equipe.

☐ Eu concordo (nós concordamos) com os serviços deste plano com a(s) seguinte(s) exceção(s):
_____

Assinatura do paciente: _____ Assinatura do pessoal do Intervenção Precoce:_____

Assinatura do paciente: _____ Assinatura do pessoal do Intervenção Precoce:_____

Nome da criança : _____
Data de Nascimento: _____

PÁGINA DE ASSINATURAS ANUAL

*Esta **página de assinaturas** deve ser preenchida para que os serviços do programa Intervenção Precoce possam **começar**. Os participantes da criação do IFSP podem incluir representantes da comunidade, parentes e outros convidados pela família. Depois de assinado o documento, envie ou entregue uma cópia para a família. Certifique-se de que os pais identifiquem que eles receberam os direitos **e que** aceitam os serviços.*

Os pais devem dar o consentimento por escrito antes dos serviços de intervenção precoce começarem. Se os pais não derem o consentimento para receber serviços de intervenção precoce ou se eles retirarem o consentimento após tê-lo dado, os serviços não serão prestados. Deve se prestar os serviços de intervenção precoce aos quais o pai ou a mãe concordou e que estejam sujeitos ao pagamento de uma taxa anual, se for o caso.

☐ Eu fui (nós fomos) informados dos nossos direitos e recebi (recebemos) uma cópia desse documento durante o processo de criação do IFSP e eu entendo (nós entendemos) que irei receber os serviços que estou aceitando.

☐ Eu recebi (nós recebemos) a **notificação da reunião do plano individualizado de serviços** para reavaliar o IFSP.

Eu participei (nós participamos) da criação deste IFSP e:

☐ Eu aceito (nós aceitamos) os serviços descritos neste plano.

☐ Eu dou (nós damos) consentimento para que o programa tenha acesso ao meu plano de saúde público e/ou particular para o pagamento dos serviços descritos neste plano.

☐ Eu aceito (nós aceitamos) os serviços deste plano com a(s) seguinte(s) exceção(s):

Comentários:

ASSINATURAS

Pai, mãe ou responsável _____ Data _____

Pai, mãe ou responsável _____ Data _____

Outros membros da equipe:

Coordenador de serviços _____ Data _____

Outro membro da equipe _____ Data _____

Outro membro da equipe _____ Data _____

Diretor (opcional) _____ Data _____