| **特殊教育適格聲明**  **創傷性腦損傷（74）（早期干預）** | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |
| **兒童姓名** 按或點此處輸入文字。 | | | | | **出生日期**  按或點此處輸入日期。 | | | **日期** 按或點此處輸入日期。 | | |
|  | | | | | **月/日/年** | | | **月/日/年** | | |
| **早期干預適格日期** 按或點此處輸入日期。 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **團隊已取得/進行下列評估，附上評估報告描述並說明結果。** | | | | | | | | | | |
| 1. 團隊已審查現有的資料，包含兒童累積紀錄；先前個別教育課程或個別家庭服務計畫；家長/監護人提供的評估及資料；目前教室、地方或州評估；教室觀察；教師及相關服務提供者的觀察；醫療、感覺及健康資料。評估文件包含這些用來決定適格的來源相關資料。 | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | 按或點此處輸入日期。 | | | |
|  | |  | | | | | 審查日期 | | | |
| 2a. 醫療檢查（顯示創傷性腦損傷）或 | | | | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | | 按或點此處輸入日期。 | | | |
| 醫師、專科護理師、醫師助理、自然醫學醫師 | | 處理日期 | | | | | 審查日期 | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 2b. 可靠訪談紀錄根據 | | | | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | | 按或點此處輸入日期。 | | | |
| 審查人員 | | 處理日期 | | | | | 審查日期 | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 3. 心理評估 | | | | | | | | | | |
| 使用的心理評估工具：按或點此處輸入文字。 | | | | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | | 按或點此處輸入日期。 | | | |
| 學校心理師、心理師、心理師助理 | | 處理日期 | | | | | 審查日期 | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 4. 發育紀錄 | | | | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | | 按或點此處輸入日期。 | | | |
| 審查人員 | | 處理日期 | | | | | 審查日期 | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 5. 其他評估包含但不限於，若兒童出現運動障礙的運動評估；若兒童出現溝通障礙的溝通評估；以及若兒童出現改變行為的社會心理評估。 | | | | | | | | | | |
| 使用的評估工具：按或點此處輸入文字。 | | | | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | | 按或點此處輸入日期。 | | | |
| 審查人員 | | 處理日期 | | | | | 審查日期 | | | |
| 6. 其他兒童疑似失能的相關資料，包含受傷前表現及目前適應能力測量。 | | | | | | | | | | |
| 使用的適應能力衡量：按或點此處輸入文字。 | | | | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | | 按或點此處輸入日期。 | | | |
| 審查人員 | | 處理日期 | | | | | 審查日期 | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 7. 教室觀察及至少一個其他環境。 | | | | | | | | | | |
| 觀察環境：按或點此處輸入文字。 | | | | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | | 按或點此處輸入日期。 | | | |
| 審查人員 | | 處理日期 | | | | | 審查日期 | | | |
| 觀察環境：按或點此處輸入文字。 | | | | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | | 按或點此處輸入日期。 | | | |
| 審查人員 | | 處理日期 | | | | | 審查日期 | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 8. 必要的話，任何其他決定疑似失能影響的必要評估。 | | | | | | | | | | |
| 使用的其他評估工具：按或點此處輸入文字。 | | | | | | | | | | |
| 按或點此處輸入文字。 | | 按或點此處輸入日期。 | | | | | 按或點此處輸入日期。 | | | |
| 審查人員 | | 處理日期 | | | | | 審查日期 | | | |
| **兒童符合下列標準：** | | | | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 兒童有外力造成的後天腦損傷。 | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 兒童的症狀是永久性或預期持續60天以上。 | | | | | | | |
|  |  | | 兒童的損傷導致下列一項以上障礙： | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 溝通； | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 行為； | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 認知、記憶、注意力、抽象思考、判斷、解決問題、推理及/或訊息處理；及/或 | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 感覺、知覺、動作及/或體能。 | | | | | | | |
| **團隊已決定：** | | | | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 根據OAR 581-015-2175規定，兒童的創傷性腦損傷障礙已對兒童發育造成有害影響（出生到3歲）。 | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 因兒童障礙，兒童需要早期干預服務。 | | | | | | | |
| 是 | 否 | | 兒童已經評估過各項疑似失能。 | | | | | | | |
| 團隊同意因兒童障礙，兒童 符合  不符合早期干預服務資格。 | | | | | | | | | | |
| 團隊成員簽名 | | | | 職稱 | | | | | 同意 | 不同意 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 評估報告及適格聲明複本已提供給家長/監護人。 | | | | | | | | | | |
| 日期 按或點此處輸入日期。 | | | | | | 簽名 按或點此處輸入文字。 | | | | |
| 家長/監護人已收到程序性保護措施通知：特殊教育家長權利（出生到3歲）複本。 | | | | | | | | | | |
| 日期 按或點此處輸入日期。 | | | | | | 簽名 按或點此處輸入文字。 | | | | |