早期干預適格聲明（出生至3歲）

**（盲聾43）**

兒童姓名 出生日期

學校 初始適格日期

**團隊已取得下列評估（附件1–5）：**

1. 團隊已審查現有的資料，包含家長資料、學生累積紀錄及個別化家庭服務計畫。評估文件包含適格決定使用的原始相關資料。

審查日期

2. 適格特殊教育的視障兒童。適格聲明日期：

3. 適格特殊教育的聽障兒童。適格聲明日期：

4. 兒童符合聽障或視障的最低標準，但其他感覺區顯現不一致或無法判定反應，教育人員酌情進行視障或聽障的功能評估：

審查人員 處理日期 審查日期

5. 兒童符合聽障或視障的最低標準，並有退化性疾病或病變影響其他感覺區的敏銳度，酌情提供醫療聲明或健康評估：

醫師、專科護理師或醫師助理 處理日期 審查日期

**兒童符合下列標準：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 是 | 否 | 兒童符合聽障及視障的適格標準；或 |
| 是 | 否 | 兒童符合聽障或視障的適格標準，但其他感覺區顯現不一致或無法判定反應。其他感覺區的功能評估證實該感覺區障礙的存在；或 |
| 是 | 否 | 兒童符合聽障或視障的最低標準，並有退化性疾病或病變影響其他感覺區的敏銳度。 |

**團隊同意兒童****符合****不符合早期干預資格。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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給予家長。