**Tuyên Bố Đủ Điều Kiện cho Sự Can Thiệp Sớm (Từ Sơ Sinh Đến 3 Tuổi)**

**(Mù Điếc 43)**

Tên Trẻ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trường \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày Hội Đủ Điều Kiện Ban Đầu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Nhóm đã thu được các đánh giá sau đây (đính kèm tài liệu 1-5):***

1. Nhóm đã xem xét thông tin hiện có, bao gồm các thông tin từ phụ huynh, hồ sơ từ trước tới nay của học sinh và kế hoạch dịch vụ gia đình cho từng cá nhân. Tài liệu đánh giá bao gồm các thông tin có liên quan từ những nguồn này, được sử dụng trong việc xác định đủ điều kiện.

                                                                                                                                                                                              \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ngày Xem Xét

2. Đủ điều kiện được giáo dục đặc biệt vì trẻ bị khiếm thị. Ngày tuyên bố đủ điều kiện: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Đủ điều kiện được giáo dục đặc biệt vì trẻ bị khiếm thính. Ngày tuyên bố đủ điều kiện: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Đối với một đứa trẻ đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu về khiếm thính hoặc khiếm thị, nhưng biểu hiện phản ứng không đồng nhất hoặc bỏ lửng trong khu vực cảm giác khác, giáo viên đánh giá chức năng hoạt động của thị giác hoặc thính giác bị khiếm khuyết, phù hợp với hoàn cảnh:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Người Giám Định Ngày Tiến Hành Ngày Xem Xét

5. Đối với một đứa trẻ đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu về khiếm thính hoặc khiếm thị và bị bệnh thoái hóa hoặc bệnh lý ảnh hưởng đến sự nhạy bén của các khu vực khác, tuyên bố y tế hoặc đánh giá sức khỏe, phù hợp với hoàn cảnh:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Bác Sĩ, Y Tá hoặc Trợ Lý Bác Sĩ Ngày Tiến Hành Ngày Xem Xét

***Trẻ đáp ứng các tiêu chuẩn sau:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] có | [ ] không | Trẻ đáp ứng các tiêu chuẩn đủ điều kiện cho sự khiếm thính và khiếm thị; hoặc  |
| [ ] Có | [ ] Không | Trẻ đáp ứng các tiêu chuẩn đủ điều kiện cho sự khiếm thính hoặc khiếm thị, nhưng biểu hiện phản ứng bỏ lửng hoặc không đồng nhất trong khu vực cảm giác khác. Một đánh giá chức năng trong khu vực cảm giác khác chứng minh có khiếm khuyết trong khu vực đó; hoặc |
| [ ] có | [ ] không | Trẻ đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu cho sự khiếm thính hoặc khiếm thị và có bệnh thoái hóa hoặc bệnh lý ảnh hưởng đến sự nhạy bén của khu vực cảm giác khác. |

***Nhóm đồng ý rằng đứa trẻ này [ ] có [ ]  không đủ điều kiện cho sự can thiệp sớm.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |  |  |  |
| **Chữ Ký của các Thành Viên trong Nhóm** |  | **Chức Vụ** | **Đồng Ý** | **Không Đồng Ý** |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|   |   |   |  |  |

[ ]  Một bản sao của báo cáo đánh giá và tuyên bố đủ điều kiện được đưa cho phụ huynh.