**GIẤY XÁC NHẬN TÌNH TRẠNG HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN - CAN THIỆP SỚM**

**CHỨNG BỆNH VỀ THỂ CHẤT HOẶC TÂM THẦN CÓ THỂ DẪN TỚI**

**CHẬM PHÁT TRIỂN**

Tên đứa trẻ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ngày tháng năm sinh:

Chương trình: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Học khu nơi cư ngụ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Nhóm đã có được yêu cầu sau đây:***

Giấy xác nhận bệnh, trong đó cho biết đứa trẻ có một chứng bệnh về thể chất hoặc tâm thần đã được chẩn đoán và có thể dẫn tới tình trạng chậm phát triển (mẫu 581-5150D-X):

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

 Bác sĩ/Phụ tá bác sĩ/Nhân viên hành nghề y tá Ngày

***Nhóm xác định đứa trẻ hội đủ các tiêu chí sau đây:***

 [ ]  [ ]  1. Đứa trẻ có một chứng bệnh về thể chất hoặc tâm thần có thể dẫn tới tình trạng chậm phát triển như đã ghi

 Có không ở dưới:

Nhóm đồng ý rằng đứa trẻ này \_\_\_\_\_ có \_\_\_\_\_ không hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ can thiệp sớm.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Chữ ký của các thành viên trong nhóm**  |  | **Chức vụ/Cơ quan**  | **Đồng ý** | **Không đồng ý**  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |

Bác sĩ cho biết đứa trẻ này có tình trạng:

🞏 Khiếm thị

🞏 Khiếm thính

🞏 Khiếm khuyết cần chỉnh hình

🞏 Một bản sao của báo cáo thẩm định và giấy xác nhận tình trạng hội đủ điều kiện đã được đưa cho cha (mẹ).