**ЗАЯВЛЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ
РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОСНОВАНИИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

**(ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 3 ЛЕТ)**

Дата: Имя и фамилия ребенка: Дата рождения:

Штат Орегон через Департамент образования штата Орегон (ODE) обеспечивает раннее вмешательство (РВ) для младенцев и маленьких детей в возрасте до трех лет с существенными задержками в развитии. ODE признает тот факт, что инвалидность не всегда может быть очевидной в раннем возрасте, но при отсутствии вмешательства есть значительная вероятность того, что неопознанная инвалидность у ребенка может привести к задержке в его развитии.

ODE просит Вас оказать помощь в определении права ребенка, названного выше, на услуги РВ штата Орегон. В соответствии с законодательством штата Орегон, врач, помощник врача или медсестра, лицензированная соответствующим государственным советом, может провести осмотр ребенка и вынести заключение о том, есть ли у него физические или психические отклонения, которые могут привести к задержке в его развитии.

Пожалуйста, имейте в виду, что, в то время как многие дети могут извлечь пользу из услуг РВ штата Орегон, только дети со значительными задержками в развитии или большой вероятностью возникновения таковых имеют право на эти услуги.

Спасибо за Ваше время и помощь в этом вопросе.

**Состояние здоровья:**

**Пожалуйста, укажите, есть ли у этого ребенка:**

 Нарушение зрения

 Нарушение слуха

 Ортопедические нарушения

**Комментарии:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Да** | **Нет** | **У ребенка обнаружены физические или психические отклонения, которые, скорее всего, приведут к задержке развития.** |

 Врач / Помощник врача / Практикующая медсестра Дата

Имя печатными буквами: **­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:

Пожалуйста, верните данный документ**:**