**早期介入資格醫療狀況聲明**

**（出生至三歲）**

日期： 兒童姓名： 出生日期：\_\_\_\_\_\_\_\_

奧勒岡州，透過奧勒岡教育部（ODE），提供出生至三歲具有明顯發展遲緩的嬰幼兒早期介入（EI）服務。ODE瞭解每名幼兒的障礙可能不明顯，但沒有介入，未識別障礙兒童很可能會變成發展遲緩。

ODE請求您協助確定上述兒童的奧勒岡EI服務資格。依據奧勒岡州法、州委員會合格的醫師、醫師助理或專科護理師，能檢查兒童並決定兒童的身心狀況是否可能導致發展遲緩。

請記住，雖然許多兒童可受惠於奧勒岡的EI服務，只有明顯發展遲緩或很可能發展遲緩的兒童才符合資格。

感謝您的抽空協助。

**醫療狀況：**

**請勾選該名兒童是否有：**

 視力障礙

 聽力障礙

 肢體障礙

**補充說明：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **是** | **否** | **該名兒童的身心狀況是否可能導致發展遲緩。** |

 醫師/醫師助理/專科護理師 日期

正楷姓名：­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_連絡電話：

**請繳回：**