| **TUYÊN BỐ ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT****Điếc hoặc Khó Nghe (20) (Can Thiệp Sớm)** |
| --- |
|  |
| **Tên Trẻ** Click or tap here to enter text. | **Ngày Sinh** Click or tap to enter a date. | **Ngày** Click or tap to enter a date. |
|  | **tháng/ngày/năm** | **tháng/ngày/năm** |
|  |
| **Nhóm đã thu được/thực hiện các đánh giá sau đây, có đính kèm báo cáo thẩm định mô tả và giải thích kết quả.** |
| 1. Nhóm đã xem xét thông tin hiện có, bao gồm hồ sơ tích lũy của trẻ; chương trình giáo dục được cá nhân hoá trước đây hoặc kế hoạch dịch vụ gia đình được cá nhân hoá; thẩm định và thông tin được cung cấp bởi phụ huynh/người giám hộ; các bài đánh giá hiện nay trên lớp, tại địa phương, hoặc tiểu bang; quan sát trên lớp; quan sát bởi giáo viên và các nhà cung cấp dịch vụ có liên quan; thông tin y tế, giác quan và sức khỏe. Tài liệu thẩm định bao gồm thông tin liên quan từ các nguồn này được sử dụng trong việc xác định tính đủ điều kiện. |
|  |  | Click or tap to enter a date. |
|  |  | Ngày Xem Xét |
| 2. Đánh giá thính học |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap to enter a date. |
| Chuyên Gia Thính Học | Ngày Tiến Hành | Ngày Xem Xét |
|  |
|  |
| 3. Chỉ dành cho Mất Thính Giác Dẫn Truyền: khám sức khoẻ cho thấy mất thính giác được xác định bởi một chuyên gia thính học, được xác định là không điều trị được. |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap to enter a date. |
| Bác Sĩ, Y Tá, Y Sĩ, Bác Sĩ Y Học Tự Nhiên | Ngày Tiến Hành | Ngày Xem Xét |
|  |
| 4. Chỉ dành cho Mất Thính Giác Thuộc Thần Kinh Cảm Giác: tài liệu cho thấy mất thính giác được xác định bởi chuyên gia thính học, được xác định là do thần kinh cảm giác |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap to enter a date. |
| Chuyên Gia Thính Học | Ngày Tiến Hành | Ngày Xem Xét |
|  |
| 5. Bất kỳ (các) đánh giá bổ sung nào cần thiết để xác định tác động của tình trạng khuyết tật theo như nghi ngờ, nếu cần thiết. |
| (Các) công cụ đánh giá bổ sung được sử dụng: Click or tap here to enter text. |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap to enter a date. |
| Người Giám Định | Ngày Tiến Hành | Ngày Xem Xét |
|  |
|  |
| **Trẻ đáp ứng các tiêu chí sau:** |
| [ ]  có | [ ]  không | Trẻ phải có ngưỡng nghe trong ít nhất một tai là 25 dBHL hoặc lớn hơn, tại hai tần số liên tiếp trở lên ở mức 500 HZ, 1000 HZ, 2000 HZ, 4000 HZ, 6000 HZ, và 8000 HZ; hoặc |
| [ ]  có | [ ]  không | Mất thính lực là do rối loạn phạm vi thần kinh thính giác (ANSD) hoặc dị tật tai nhỏ/mất ống tai, như được xác định bởi chuyên gia thính học, bác sĩ, y tá, y sĩ, hoặc bác sĩ y học tự nhiên. |

| Nhóm đồng ý rằng do tình trạng khuyết tật của trẻ, trẻ [ ]  đủ [ ]  không đủ điều kiện cho các dịch vụ Can Thiệp Sớm. |
| --- |
| Chữ Ký của 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 đã được đưa cho phụ huynh/người giám hộ. |
| Ngày Click or tap to enter a date. | Bởi Click or tap here to enter text. |
| [ ]  Phụ huynh/người giám hộ đã được đưa một bản sao của Thông Báo Bảo Vệ Theo Thủ Tục: Quyền của Phụ Huynh về Giáo Dục Đặc Biệt (từ sơ sinh đến 3 tuổi). |
| Ngày Click or tap to enter a date. | Bởi Click or tap here to enter text. |