

التقييم الموجه نحو الأسرة

اسم الطفل	اسم العائلة	الاسم الأول	الاسم الأوسط
تاريخ الميلاد	شهر/يوم/سنة		

الأشخاص/أفراد الأسرة الآخرون الذين يعيشون في المنزل مع الطفل	أفراد الأسرة المشاركون في التقييم
الاسم	الاسم
العلاقة بالطفل	العلاقة بالطفل
الاسم	الاسم
العلاقة بالطفل	العلاقة بالطفل
الاسم	الاسم
العلاقة بالطفل	العلاقة بالطفل

ضمن التقييم متعدد التخصصات (MDE) لطفلك، تم منحك فرصة المشاركة في تقييم طوعي موجه نحو الأسرة. يمكن أن تكون مشاركتك مفيدة في تحديد شواغل أسرتك وأولوياتها ومواردها ذات الصلة برعاية طفلك وتعزيز نموه، وكلها سيتم الاسترشاد بها في النتائج المحتملة لخدمات التدخل المبكر. هذا التقييم ليس اختبارًا لمهاراتك في تربية الأطفال. وإن التقييم الموجه نحو الأسرة يعتمد على المعلومات التي قدمتها أنت وأسرتك في مناقشة شخصية وجهًا لوجه مع أحد أعضاء فريق التقييم.

التقييم الموجه نحو الأسرة يمكنك أن يساعدك أيضًا في التفكير فيما أنت في أمس الحاجة إليه من خدمات التدخل المبكر والخدمات أو سبل الدعم المجتمعية الأخرى لكل من طفلك وأسرتك. بالإضافة إلى ذلك، فهو يمكن أن يساعدك أنت وفريق الخطة الفردية لخدمة الأسرة (IFSP) الخاصة بك في التخطيط لاجتماع خطة خدمة الأسرة المنفردة (IFSP) إذا كان طفلك يعتبر مؤهلاً لبرنامج التدخل المبكر (Early Intervention Program, EIP). ويتم الحفاظ على سرية جميع المعلومات التي تشاركها. وأنت الذي يقرر المعلومات الآتية من التقييم التي يجب تضمينها في تقرير التقييم ومناقشتها في اجتماع الخطة الفردية لخدمة الأسرة (IFSP) الخاص بك.

ما هي الأسئلة التي يمكنني الإجابة عنها قبل اتخاذ قرار بشأن المشاركة في التقييم الموجه نحو الأسرة؟

يرجى وضع علامة والتوقيع:

- نعم، أود المشاركة في التقييم الموجه نحو الأسرة.
- لا، أنا لا أريد المشاركة في التقييم الموجه نحو الأسرة.

توقيع الوالد/الوصي

الاسم

التاريخ

يرجى ملاحظة ما يلي: إذا كان نموذج التقييم الموجه نحو الأسرة القابل لإكمال البيانات يتضمن توقيعًا إلكترونيًا للوالد/الوصي للموافقة على المشاركة في التقييم الموجه نحو الأسرة، فيجب أن يتضمن ذلك التوقيع أيضًا علامة تصديق للتوقيع الإلكتروني (متاحة عبر تطبيقات مثل DocuSign و Adobe Acrobat، وما إلى ذلك) تشمل تاريخ التوقيع على النموذج والوقت. إذا لم تكن علامة الأمان هذه متاحة، فتجب طباعة نموذج التقييم الموجه نحو الأسرة للسماح للوالد/الوصي بالتوقيع على النسخة الورقية تصديقًا بالموافقة.

توقيع المقيم القائم بالإدارة

التاريخ

الوصف	يُرجى وضع علامة على نعم أو لا	هل تحتاج إلى مساعدة أو إلى معلومات حول أي مما يلي؟
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	احتياجات النمو لطفلك
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	المعلومات المرتبطة بتأخر نمو طفلك أو إعاقته
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	المسكن والطعام والملابس
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	العثور على وظيفة
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الهاتف، التكنولوجيا (مثل الاتصال بالإنترنت)
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	العثور على طبيب أو أخصائيين آخرين
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	العثور على دار رعاية أطفال
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	مساعدة مقدمي الرعاية في الحصول على استراحة (أي، فترة راحة)
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	موارد الصحة العقلية
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	التعامل مع تأخر/إعاقة نمو طفلك
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	مساعدة أشقاء طفلك في التكيف على وجود شقيق يعاني من تأخر/إعاقة في النمو
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	المعدات و/أو الإمدادات و/أو الخدمات و/أو الأجهزة التكنولوجية المساعدة
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أفكار لأنشطة الأسرة/اللعبة في المنزل أو في المجتمع
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	دمج طفلك في المجتمع والأنشطة
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الاجتماع مع الأسر الأخرى في مجتمعك
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	تعديل منزلك للمساعدة في أنشطة الحياة اليومية لطفلك
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	تدريب/تعليم الأسرة
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	التخطيط للمستقبل؛ وما يمكن توقعه

الوصف	ما هي أولوياتك ومواردك وشواغلك؟
	روتين الاستيقاظ/النوم (أي، صف كيف يخبرك طفلك أنه مستيقظ). صف روتين الغفوة/النوم لدى طفلك، هل يمكنه النوم بشكل مستقل؟
	روتين التغذية/وقت الوجبات (أي، صف كيف يأكل طفلك ويشرب، ويخبرك بأنه جائع، وبالطعام المفضلة لديه، وبالطعام التي يصعب عليه تناولها).
	روتين تغيير الحفاضات/ارتداء الملابس (أي، صف كيف يتصرف طفلك عند تغيير الحفاضات؟ وكيف يتصرف عند ارتداء الملابس؟)
	روتين وقت اللعب في الأماكن المغلقة/الأماكن المفتوحة (أي، ما هي الألعاب المفضلة؟ وهل يستمتع في الأماكن المفتوحة؟ وما هو روتين اللعب المعتاد؟، ومن الأشخاص الذين يلعب معهم؟)
	روتين وقت الاستحمام (أي، صف وقت الاستحمام مع طفلك).
	روتين المهمات/الاستعدادات للخروج خارج المنزل (أي، صف كيف يتصرف طفلك في النزاهات أو أثناء الانتقال من نشاط إلى آخر).
	روتين وقت الأسرة (أي، كيف تمضي أسرته الوقت معًا؟ ما الذي تفعله أسرته للتسلية/المرح؟)
	العلاقات والتفاعلات بين الأب/الأم والطفل (أي، صف كيف تتفاعل/تشارك أو تلعب مع طفلك).
	الموارد (أي، الأسرة، والأسرة الموسعة، وبرنامج التغذية التكميلية الخاصة للنساء والرضع والأطفال (WIC)، وبرنامج Medicaid، والأطباء، ودخل الضمان التكميلي (SSI) وما إلى ذلك. من هم داعموك؟ ما هي البرامج خارج نطاق برنامج التدخل المبكر (EIP) التي تشارك فيها أسرته؟ ما هي الموارد التي تود المساعدة في التواصل معها؟)
	هل هناك أي أولويات أو موارد أو شواغل أخرى تتعلق بطفلك وأسرتك لم نناقشها؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى تقديم وصف.

هل توجد أي معلومات آتية من التقييم لا تريد تضمينها في تقرير التقييم ومناقشتها في اجتماع الخطة الفردية لخدمة الأسرة (IFSP) الخاص بك؟ الوصف:

سيقدم لك منسق الخدمة الخاص بك معلومات وموارد بشأن البرامج والخدمات الأخرى التي يمكن أن تساعد أسرته، بما في ذلك الخدمات خارج برنامج التدخل المبكر (EIP).