

Вам необходима помощь или информация относительно каких-либо из перечисленных ниже пунктов?	Отметьте «Да» или «Нет»	Описание
Потребности ребенка, связанные с его развитием	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Информация относительно задержки развития или инвалидности ребенка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Жилье, питание, одежда	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Трудоустройство	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Телефонная связь, технологии (например, подключение к интернету)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Поиск врача или других специалистов	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Услуги по уходу за ребенком	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Помощь опекунам на время их отдыха	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Ресурсы по психическому здоровью	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Преодоление проблем, связанных с задержкой развития / инвалидностью ребенка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Помощь братьям/сестрам ребенка в адаптации к жизни с братом/сестрой с задержкой развития / инвалидностью	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Оборудование, принадлежности, вспомогательные технические средства и/или услуги	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Идеи для семейных/игровых занятий дома или в обществе	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Интеграция вашего ребенка в общество и различные виды деятельности	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Встречи с другими семьями в вашем окружении	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Необходимые изменения в доме, направленные на облегчение выполнения повседневных действий вашим ребенком	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Семейное обучение/образование	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Планирование будущего; ожидания от будущего	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Ваши насущные потребности, ресурсы и проблемы	Описание
Бодрствование/сон (например, опишите, как ребенок сообщает вам, что он не спит. Опишите дневной и ночной сон ребенка. Засыпает ли он самостоятельно?)	
Кормление/приемы пищи (например, опишите, как ребенок ест, пьет, сообщает, что он голоден; опишите любимую еду и продукты, с употреблением которых возникают трудности).	
Смена подгузников / одевание (например, опишите, как ребенок ведет себя во время смены подгузника и/или во время одевания).	
Игры дома / на улице (например, назовите любимые игрушки ребенка. Нравится ли ему находиться на улице? Каковы игровые привычки ребенка, с кем он обычно играет?)	
Купание (например, опишите, как проходит купание ребенка).	
Прогулки / подготовка к выходу на улицу (например, опишите, как ребенок ведет себя на прогулке или во время смены занятий).	
Семейное времяпрепровождение (например, опишите, как ваша семья проводит время вместе и развлекается).	
Взаимодействие и отношения родителей с детьми (например, опишите, как вы взаимодействуете, занимаетесь или играете со своим ребенком).	
Ресурсы (например, члены семьи, другие родственники, программа WIC, Medicaid, врачи, социальная помощь и т. д. Кто вас поддерживает? В каких программах, помимо EIP, участвует ваша семья? Помощь в установлении связи с какими ресурсами вам необходима?)	
Есть ли у вас какие-либо другие насущные потребности, ресурсы или проблемы, связанные с вашим ребенком, которые мы не обсудили? Если да, опишите их.	

Укажите информацию, которую вы бы не хотели включать в отчет по оценке и обсуждение на встрече в рамках IFSP. Описание:

Координатор услуг предоставит вам информацию о других программах и службах, способных помочь вашей семье, в том числе о тех, которые не связаны с программой Early Intervention Program.