

إحالة إلى البرنامج

لثروبيون تيلابو تمحصلا قرادإ
Early Intervention Program (ركبملا لختللا جمانرب)

المقاطعة محل إقامة الطفل: _____ تاريخ إحالة الطفل: (شهر/يوم/سنة) _____ / _____ / _____

القسم 1: معلومات إلزامية (بوضع علامة في هذا المربع، يقر مجلس البلدية أنه قد تلقى تأكيداً من مصدر الإحالة بأنه قد تمت استشارة ولي الأمر/الوصي القانوني وأنه لم يعترض على الإحالة)

اسم الطفل:	_____
الاسم الأخير	الاسم الأول
الاسم الأوسط	
النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	عنوان الطفل: (الشارع، رقم الشقة) _____
تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة) _____ / _____ / _____	لغة أو طريقة التواصل الأساسية: _____
ولي الأمر/الوصي القانوني	الطفل

الأصل الإثني: <input type="checkbox"/> هسباني <input type="checkbox"/> أو لاتيني <input type="checkbox"/> غير هسباني <input type="checkbox"/> أو لاتيني	الأصل العرقي: (حدد أكثر من خيار إذا كان ذلك مناسباً) <input type="checkbox"/> أمريكي هندي أو من مواطني ألاسكا الأصليين <input type="checkbox"/> أسوي <input type="checkbox"/> أمريكي أسود أو من أصل إفريقي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> من مواطني هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
---	--

سبب الإحالة: (يرجى تحديد خيار واحد فقط)

1. حالة مشتبهة تتم إحالة هذا الطفل لأنه يشتبه في معاناته من تأخر أو إعاقة في النمو.

2. حالة مؤكدة تتم إحالة هذا الطفل لأنه مصاب بحالة مؤكدة من الإعاقة (شخصت إصابته بحالة بدنية أو عقلية تصاحبها احتمالية عالية للتسبب في تأخر النمو).

3. حالة معرضة للخطر هذا الطفل لا يشتبه في إصابته بإعاقة في هذا الوقت ولكن تتم إحالته لأنه معرض لخطر الإصابة بإعاقة (مثل الحالات المطابقة لمعايير الخطر التي تحدها اللوائح، أو متطلبات الإحالة وفقاً لقانون CAPTA، وما إلى ذلك).

4. حالة معرضة للخطر تخص طفل رضيع لم يجتز فحص السمع لحديثي الولادة ولم يتلق المتابعة اللازمة لذلك.

معلومات مصدر الإحالة:	نوع الجهة مصدر الإحالة: (يرجى تحديد خيار واحد فقط)
الاسم الأول	ولي الأمر/الوصي القانوني <input type="checkbox"/>
الاسم الأخير	فرد آخر من الأسرة (يرجى التحديد) <input type="checkbox"/>
اسم الوكالة/المنشأة:	المقدم الأساسي للرعاية الصحية للطفل <input type="checkbox"/>
العنوان:	مستشفى أو عيادة <input type="checkbox"/>
رقم الهاتف:	مقدم مجتمعي للبرامج/برنامج EIP <input type="checkbox"/>
الفاكس:	أخرى (يرجى التحديد) <input type="checkbox"/>
البريد الإلكتروني:	

اسم ولي الأمر/الوصي القانوني:	اسم ولي الأمر/الوصي القانوني:
الاسم الأخير	الاسم الأخير
الاسم الأول	الاسم الأول
هاتف المنزل: _____ - _____ () _____	هاتف المنزل: _____ - _____ () _____
العمل: _____ - _____ () _____	العمل: _____ - _____ () _____
العنوان:	العنوان:
الشارع، رقم الشقة	الشارع، رقم الشقة
المدينة	المدينة
الرمز البريدي	الرمز البريدي

اسم مقدم الرعاية/جهة الاتصال البديلة:	العلاقة بالطفل:
الاسم الأخير	<input type="checkbox"/> جد أو جدة <input type="checkbox"/> أخرى: _____
الاسم الأول	<input type="checkbox"/> ولي أمر بالتبني
رقم الهاتف: _____ - _____ () _____	

القسم 2: المعلومات التالية تستلزم الحصول على موافقة مستنيرة كتابية من ولي الأمر على مشاركتها:

يؤكد مصدر الإحالة أنه حصل على موافقة مستنيرة كتابية من ولي الأمر لتضمين المعلومات التالية وأي وثائق مرفقة.

توقيع مصدر الإحالة:

معلومات إضافية عن سبب الإحالة:

اذكر معلومات إضافية عن المخاوف المتعلقة بالنمو. عليك إدراج أي اختبارات مُجرأة والأداء الوظيفي للطفل في واحد أو أكثر من جوانب النمو، الذي قد يُعد تأخرًا في النمو من شأنه أن يجعل الطفل مؤهلاً للالتحاق ببرنامج EIP.

يرجى وضع علامة أمام كل جوانب الأداء الوظيفي التي أظهر فيها الطفل تأخرًا (مع تضمين التعليقات ذات الصلة أو ذكر ما إذا كانت هناك وثائق مرفقة):

الأداء التكيفي:

الأداء المعرفي:

التواصل:

الأداء البدني (المهارات الحركية الكبرى والدقيقة، ويشمل أيضًا اضطرابات الرؤية والسمع وحركة الفم عند التغذية والبلع):

الأداء الاجتماعي-العاطفي:

توجد وثائق مرفقة:

الحالة (الحالات) المُشخصة (مع تضمين التشخيص/رموز التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10):

التفاصيل الإضافية للإحالة:

توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني:

يُرجى ملاحظة: إذا ما تضمن نموذج الإحالة القابل للإكمال توقيعًا إلكترونيًا لولي الأمر/الوصي القانوني تصريحًا بالموافقة على إرفاق سجلات/تقارير الطفل، يجب أن يتضمن ذلك التوقيع أيضًا علامة تصديق للتوقيع الإلكتروني (متاحة عبر تطبيقات مثل Adobe Acrobat و DocuSign، وما إلى ذلك) تشمل تاريخ التوقيع على النموذج وتوقيته. إذا لم تكن علامة الأمان هذه متاحة وكان لازمًا توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني على القسم 2، يجب أن يُطبع نموذج الإحالة للسماح لولي الأمر/الوصي القانوني بتوقيعه على النسخة الورقية تصريحًا بالموافقة.

إلى جانب موافقة ولي الأمر المستنيرة الكتابية، يرجى إرفاق السجلات أو التقارير التي ستساعد في تحديد الأهلية لبرنامج التدخل المبكر.

يلزم الحصول على موافقة مستنيرة كتابية من ولي الأمر/الوصي القانوني

Office Use Only

FOR OFFICE USE ONLY

Date Referral Received: ____ / ____ / ____ ISC Requested: _____ Assigned ISC: _____

ISC Agency and Phone: (____) ____ - _____ Date of ISC Assignment: ____ / ____ / ____

Data Entry Date: ____ / ____ / _____ Due Date for IFSP: ____ / ____ / _____

*يرجى الاطلاع على التعليمات عند إكمال هذا النموذج. يمكن إرسال النموذج بريدًا أو عبر الفاكس أو تسليمه إلى برنامج التدخل المبكر الواقع في المقاطعة/مجلس البلدية التابع له محل إقامة الطفل.

المتطلبات العمرية للإحالة:

ينبغي إجراء الإحالات لبرنامج التدخل المبكر (EIP) للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 3 أعوام. في حالة إجراء إحالة لطفل تبقى له أقل من 45 يوماً ليتم الثالثة من العمر وكان محتمل الأهلية لتلقي الخدمات وفقاً للفقرة 4410 من قانون التعليم، فسيقوم مسؤول التدخل المبكر (EIO)، في وجود موافقة كتابية من ولي الأمر، بإحالة الطفل للجنة التعليم الخاص لما قبل المدرسة (CPSE) التابعة للمنطقة التعليمية المحلية في محل إقامة الطفل. فمسؤول EIO ليس ملزماً بإجراء تقييم أو تقدير أو اجتماع مبدئي لوضع خطة فردية لخدمات الأسرة (IFSP) لطفل أُحيل خلال 45 يوماً بعد إتمامه الثالثة من العمر.

القسم 1:

يحتوي على حقول يجب إكمالها عند إجراء إحالة إلى برنامج EIP المحلي. يجوز تقديم نموذج الإحالة بعد إكمال القسم 1 بالمعلومات المطلوبة في القسم 1 فقط دون غيره. فلا يلزم وجود موافقة ولي أمر لتقديم المعلومات الموجودة في القسم 1. يجب إبلاغ أولياء الأمر بنية الإحالة، وإذا ما اعترض ولي الأمر، فلا يمكن إجراء الإحالة. انظر الملحق 1: ما الذي ينبغي فعله عند اعتراض ولي الأمر/الوصي القانوني على إجراء الإحالة يرجى الكتابة بخط واضح أو كتابة جميع معلومات الإحالة.

المقاطعة محل إقامة الطفل:

اكتب اسم المقاطعة التي يقيم بها الطفل. ستكون هذه هي المقاطعة التي سترسل إليها الإحالة إلى برنامج EIP.

تاريخ الإحالة:

هذا هو التاريخ الذي سيقوم فيه مصدر الإحالة بتقديمها إلى برنامج EIP المحلي. من المهم أن يكون تاريخ الإحالة دقيقاً.

معلومات الطفل

اسم الطفل:

أدخل اسم الطفل الكامل في المساحات الفارغة المتاحة (الاسم الأخير للطفل، والاسم الأول للطفل، والاسم الأوسط للطفل). يرجى التأكد من الدقة الإملائية لاسم الطفل. لا تستخدم أسماء الكنية.

تاريخ الميلاد:

تاريخ ميلاد الطفل مكتوباً بصيغة شهر/يوم/سنة.

لغة أو طريقة التواصل الأساسية للطفل وولي الأمر/الوصي القانوني:

اكتب اللغة أو طريقة التواصل الأساسية التي يستخدمها الطفل وولي الأمر/الوصي القانوني.

الجنس:

ضع علامة في المربع بجوار وصف جنس الطفل (ذكر أو أنثى).

عنوان الطفل:

أدخل عنوان الطفل الكامل (بما في ذلك أي أرقام للشقق) والمدينة والرمز البريدي + 4.

الأصل الإثني والعرق:

ضع علامة في المربع الملائم لكل قسم. يمكن اختيار أكثر من وصف للأصل العرقي للطفل.

سبب الإحالة:

في هذا القسم، ستختار سبب إجراء إحالة إلى برنامج EIP. من المهم أن تختار سبباً واحداً فقط.

1. حالة يُشتبه في إصابتها بإعاقة:

يشتبه مصدر الإحالة أن الطفل الذي تجري إحالته يعاني من إعاقة/تأخر في النمو في جانب أو أكثر من الجوانب الوظيفية (الإدراكي والمعرفي والتواصل والأداء البدني) ويشمل اضطرابات الرؤية والسمع وحركة الفم عند التغذية والبلع) والأداء الاجتماعي-العاطفي) من النمو. يجب أن تكون إحالة الأطفال المشتبه في إصابتهم بإعاقة (بما فيها تأخر النمو) قائمة على:

- أ. نتائج فحوصات النمو أو الإجراءات (إجراءات) التشخيصي، والملاحظة والإدراك والخبرات المباشرة لمدى تقدم نمو الطفل؛
- ب. أو المعلومات التي قدمها ولي الأمر والتي توضح وجود تأخر في النمو أو إعاقة؛
- ج. أو طلب من ولي الأمر بإجراء مثل هذه الإحالة.

ملاحظة: يحصل الأطفال الرضع الذين لم يجتازوا فحص السمع لحدِيثي الولادة للمرضى الداخليين قبل الخروج من المستشفى والذين لم ينجحوا في اجتياز أي فحص سمع للرضع في العيادات الخارجية على إحالة إلى برنامج EIP للاشتباه في إصابتهم بإعاقة، من أجل إما إعادة الفحص أو إجراء اختبار سمع تأكيدي (تشخيصي) وفقاً لتقدير أخصائي السمعيات. ينبغي أن يجري تقييم سمعي تشخيصي لأي طفل رضيع يشتبه في فقدانه للسمع، وذلك قبل بلوغه 3 أشهر من العمر.

2. حالة إعاقة مؤكدة:

تجري إحالة الطفل لبرنامج EIP لأنه قد تم تشخيص إصابته بحالة بدنية أو عقلية تصاحبها احتمالية عالية للتسبب في تأخر النمو. انظر الملحق 2: الحالات البدنية والعقلية المشخصة المصحوبة باحتمالية عالية لحدوث تأخر النمو

متابعة النمو (نظام Child Find)

3. حالة معرضة للخطر:

لا يعاني الطفل من إعاقة تم تشخيصها ولا يشتبه مصدر الإحالة في إصابة الطفل بإعاقة في الوقت الحالي. تجري إحالة الطفل بغرض متابعة النمو لأن الطفل معرض لخطر الإصابة بإعاقة.

انظر الملحق 3: يلزم إجراء إحالات الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بإعاقة وفقاً للمعايير التالية للمخاطر الطبية/البيولوجية أو الخاصة بالطفولة المبكرة

- الإحالات وفقاً لقانون منع حالات الإساءة للأطفال وعلاجها (CAPTA): بالنسبة للأطفال المحالين لبرنامج EIP وفقاً لقانون CAPTA الفيدرالي، والذين لا يشتبه في إصابتهم بتأخر أو يعانون من حالة مُشخصة مصحوبة باحتمالية عالية لحدوث التأخر، تتم إحالتهم بوصفهم حالات معرضة للخطر.

4. حالات معرضة للخطر بسبب عدم اجتياز فحص السمع لحدِيثي الولادة:

تتم أيضاً إحالة الأطفال الرضع تحت فئة الحالات المعرضة للخطر، إذا لم يجتاز الطفل فحص السمع لحدِيثي الولادة بعد ولادته ولم يتلق المتابعة اللازمة في وقتها أو في حالة فقدان وثائق برنامج الكشف والتدخل المبكرين للسمع (EHDI).

معلومات مصدر الإحالة

مصدر الإحالة:

- معلومات الاتصال بالشخص القائم بالإحالة.
- الاسم الأول والاسم الأخير في المساحات الفارغة المتاحة.
- أدرج اسم الوكالة أو المنشأة إذا كان ذلك الشخص يعمل لصالح وكالة.
- أدرج العنوان.
- أدرج رقم الهاتف (متضمناً الرقم الداخلي) ورقم الفاكس اللذين يمكن الوصول من خلالهما إلى مصدر الإحالة عند الحاجة.
- أدرج عنوان البريد الإلكتروني المستخدم للوصول إلى مصدر الإحالة عند الحاجة. يرجى ملاحظة أنه ينبغي عدم إدراج المعلومات الصحية المحمية (PII) في رسائل البريد الإلكتروني. اطلع على خطاب الزميل العزيز - توضيح لمقدمي خدمات التدخل المبكر حول موافقة أولياء الأمور على استخدام البريد الإلكتروني لتبادل المعلومات المعروفة للهوية الشخصية، في معلومات/موارد إضافية للإحالة إلى برنامج التدخل المبكر (EIP) للحصول على مزيد من المعلومات.

انظر الملحق 4 للاطلاع على جميع المصادر الأساسية للإحالة

نوع الجهة مصدر الإحالة: (حدد خيارًا واحدًا فقط) الأكثر ملائمة من القائمة أدناه

- ولي الأمر/الوصي القانوني
 - ولي الأمر
 - صديق/أحد الأقرباء (يرجى التحديد) إذا كان ذلك الشخص هو الوصي القانوني
- فرد آخر من الأسرة (يرجى التحديد)
 - صديق/أحد الأقرباء (يرجى التحديد) إذا لم يكن ذلك الشخص هو الوصي القانوني
- المقدم الأساسي للرعاية الصحية للطفل
 - الطبيب/طبيب الأطفال
- مستشفى أو عيادة
 - مستشفى
 - مقدم رعاية صحية
 - فحص السمع لحديثي الولادة
 - المنشآت العامة/المجتمعية الصحية (عيادة في الإدارة الصحية المحلية)
- مقدم مجتمعي للبرامج/لبرنامج EIP
 - Child Find
 - مقدم رعاية نهائية
 - مقدم لبرنامج EIP
 - برنامج Head Start
 - طاقم العمل الداخلي/بمجلس البلدية
 - المنطقة التعليمية وتُعرف أيضًا بوكالة التعليم المحلية
 - الفحص والمتابعة (للحالات المعرضة للخطر)
- غير ذلك (يرجى التحديد)
 - صديق/أحد الأقرباء (يرجى التحديد) إذا كان صديقًا
 - وكالات الخدمة الاجتماعية
 - غير ذلك (يرجى التحديد)

معلومات ولي الأمر/الوصي القانوني

معلومات ولي الأمر/الوصي القانوني:

- يرجى إدخال المعلومات بالكامل.
- يرجى التأكد من إدراج معلومات طريقة اتصال واحدة على الأقل لولي الأمر/الوصي القانوني وإدخال تفاصيلها بالكامل.
- أدرج الاسم الأخير والاسم الأول لكل ولي أمر/وصي قانوني في المساحات الفارغة المتاحة، بالإضافة إلى العنوان وأرقام الهواتف التي يمكن الاتصال من خلالها بولي (أولياء) الأمر/الوصي القانوني (الأوصياء القانونيين).
- إذا كان ذلك ينطبق، أدرج اسم الشخص الذي تربطه صلة أبوة/أمومة بالطفل.

اسم مقدم الرعاية/جهة الاتصال البديلة:

عند الحاجة وحيثما انطبق ذلك، أدرج اسم ومعلومات اتصال شخص آخر يمكن الوصول من خلاله إلى ولي الأمر.

العلاقة بالطفل:

ضع علامة في المربع المجاور للوصف الدقيق للعلاقة التي تربط هذا الشخص بالطفل.

اسم الطفل:

أدرج اسم الطفل بالكامل (الاسم الأخير للطفل والاسم الأول للطفل). لا تستخدم أسماء الكنية.

تاريخ ميلاد الطفل:

تاريخ ميلاد الطفل مكتوبًا بصيغة شهر/يوم/سنة.

يمكن إكمال هذا القسم وتقديم المعلومات الواردة فيه فقط إذا ما قدم ولي الأمر/الوصي القانوني موافقة كتابية على إدراج هذه المعلومات. ضع علامة في المربع وأدخل توقيعك إقراراً منك بتلقيك موافقة ولي الأمر الكتابية على إدراج المعلومات الواردة في القسم 2 من نموذج الإحالة هذا وإرفاق أي سجلات إضافية طبية أو غير ذلك، والتي يمكن استخدامها لتحديد أهلية الطفل لبرنامج EIP. تستخدم وكالة التقييم المختارة معلومات الإحالة وأي سجلات طبية مرفقة لتحديد نوع التقييم اللازم. من المهم إدراج معلومات شاملة مع هذه الإحالة (إلى جانب موافقة ولي الأمر/الوصي القانوني الكتابية). ستحدد وكالة التقييم إذا ما كان من اللازم إجراء فحص شامل و/أو تقييم متعدد التخصصات (MDE) أو تقدير للحالة بغرض تحديد الأهلية لبرنامج EIP.

معلومات إضافية عن سبب الإحالة:

يتضمن هذا القسم أي معلومات تم جمعها عن الطفل تدعم سبب إحالة الطفل لبرنامج EIP. أدخل أي معلومات إضافية عن المخاوف المتعلقة بالنمو (بما في ذلك أي اختبارات تم إجراؤها) وعن الأداء الوظيفي للطفل في واحد أو أكثر من جوانب النمو، الذي قد يُعد تأخرًا في النمو من شأنه أن يجعل الطفل مؤهلاً لبرنامج EIP.

جوانب الأداء الوظيفي:

اختر الجانب الوظيفي (الجوانب الوظيفية) التي تعرف عليها مصدر الإحالة ويظهر فيها الطفل تأخرًا في النمو.

- الأداء التكيفي
- الأداء المعرفي
- التواصل
- الأداء البدني (المهارات الحركية الكبرى والدقيقة، ويشمل أيضًا اضطرابات الرؤية والسمع وحركة الفم عند التغذية والبلع)
- الأداء الاجتماعي-العاطفي

أدرج أي تعليقات ذات صلة بحالات التأخر التي تم التعرف عليها أو اذكر أن الوثيقة مرفقة.

الحالة (الحالات) المُشخصة ورموز التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10):

ينبغي لمصدر الإحالة تحديد الحالة التي شُخصت إصابة الطفل بها وإدراج رمز التشخيص وفقًا للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) الملائم لحالة الطفل. يمكن إدراج أكثر من حالة مُشخصة وأكثر من رمز ICD-10 في نموذج الإحالة.

انظر الملحق 5

ملاحظة: مصدر الإحالة الأساسي مسؤول عن إبلاغ ولي أمر الطفل بالحالات المُشخصة المصحوبة باحتمالية عالية للتسبب في تأخر في النمو أو بحالات التأخر في النمو المُشخصة التي تتفق مع متطلبات الأهلية لبرنامج EIP الواردة أدناه:

1. تُحدد الأهلية لبرنامج EIP بواسطة تقييم متعدد التخصصات (MDE).
2. أهمية تقديم الموافقة الكتابية لمصدر الإحالة الأساسي لنقل السجلات أو التقارير اللازمة لدعم التشخيص، أو لأولياء الأمر أو الأوصياء القانونيين للأطفال غير المصابين بحالة تم تشخيصها، أو ليس لديهم سجلات أو تقارير من شأنها أن تساعد في تحديد الأهلية للبرنامج.

بموافقة ولي الأمر/الوصي القانوني المستنيرة الكتابية:

يرجى إرفاق أي سجلات/تقارير طبية أو غير ذلك، من شأنها أن تساعد في تحديد أهلية الطفل لبرنامج EIP.

توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني والتاريخ:

يُرجى ملاحظة: إذا ما تضمن نموذج الإحالة القابل للإكمال توقيعًا إلكترونيًا لولي الأمر/الوصي القانوني تصريحًا بالموافقة على إرفاق سجلات/تقارير الطفل، يجب أن يتضمن ذلك التوقيع أيضًا علامة تصديق للتوقيع الإلكتروني (متاحة عبر تطبيقات مثل Adobe Acrobat و DocuSign، وما إلى ذلك) تشمل تاريخ التوقيع على النموذج وتوقيته. إذا لم تكن علامة الأمان هذه متاحة وكان لازمًا توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني على القسم 2، يجب أن يُطبع نموذج الإحالة للسماح لولي الأمر/الوصي القانوني بتوقيعه على النسخة الورقية تصريحًا بالموافقة.

يشير ذلك إلى موافقة ولي الأمر/الوصي القانوني المستنيرة الكتابية على نقل معلومات الطفل الطبية لبرنامج EIP.

لاستخدام المكتب فقط:

يتم إكمال هذا القسم بواسطة إدارة المقاطعة المستلمة للنموذج.

لوائح ولاية نيويورك وقانون الصحة العامة فيما يخص الإحالات إلى برنامج التدخل المبكر: الباب II-A من المادة 25 من قانون الصحة العامة: <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/PBH/A25T2-A> والمادة 10 من قوانين وقواعد ولوائح ولاية نيويورك (NYCRR) القسم 69-4.3: الإحالات: <https://regs.health.ny.gov/content/section-69-43-referrals>

خطاب الزميل العزيز - توضيح لمقدمي خدمات التدخل المبكر حول موافقة أولياء الأمور على استخدام البريد الإلكتروني لتبادل المعلومات المعروفة للهوية الشخصية: تتضمن هذه الوثيقة معلومات حول استخدام البريد الإلكتروني في برنامج PIE: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/2009-10_early_intervention_parent_consent_to_use_email.htm

مذكرة التدخل المبكر 94-3: إجراءات الإحالة لبرنامج التدخل المبكر، إعادة إصدار <شهر/سنة>. تتضمن هذه الوثيقة معلومات محددة بخصوص إجراء الإحالات: <https://www.health.ny.gov/guidance/oph/cch/bei/94-3.pdf>

المكان الذي تُرسل إليه الإحالة:

يجب إرسال الإحالات لمسؤول التدخل المبكر (EIO) في المقاطعة محل إقامة الطفل حالياً. يُمكن لمصادر الإحالة الأساسيين إرسال الإحالات عبر خدمة البريد الأمريكية أو الفاكس. يمكن العثور على قائمة لطرق الاتصال بمجالس البلدية/المقاطعات على: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/county_eip.htm

معلومات لأولياء الأمور عن برنامج التدخل المبكر:

معلومات برنامج التدخل المبكر الموجهة لأولياء الأمور موجودة على الموقع الإلكتروني لبرنامج التدخل المبكر التابع لوزارة الصحة بولاية نيويورك: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm

الكتيبات التالية متاحة مجاناً لسكان ولاية نيويورك:

Early Help Makes a Difference! (المساعدة المبكرة تصنع فرقاً حقيقياً!) (كتيب يوضح المراحل الرئيسية لنمو الأطفال منذ الولادة وحتى الثالثة من العمر)

Early Intervention Steps: A Parent's Basic Guide to the Early Intervention Program (خطوات التدخل المبكر: دليل أولياء الأمور الأساسي لبرنامج التدخل المبكر) (يصف هذا الكتيب برنامج التدخل المبكر)

مطويات فحص السمع لحديثي الولادة:

• *Can Your Baby Hear You?* (هل يسمعك طفلك؟)

• *Your Baby Passed the Hearing Screening* (اجتاز طفلك فحص السمع)

• *Your Baby Needs Another Screening* (يحتاج طفلك إلى فحص آخر)

توجيهات الممارسات السريرية (تقدم توجيهات ولاية نيويورك توصيات مستندة إلى أدلة علمية وآراء الخبراء السريريين حول الممارسات الفعالة):

• *Autism/Pervasive Developmental Disorders- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)* (التوحد/اضطرابات النمو واسعة النطاق - التقييم والتدخل للأطفال الصغار (من عمر 0-3 أعوام))

• *Communication Disorders- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)* (اضطرابات التواصل - التقييم والتدخل للأطفال الصغار (من عمر 0-3 أعوام))

• *Down Syndrome- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)* (متلازمة داون - التقييم والتدخل للأطفال الصغار (من عمر 0-3 أعوام))

• *Hearing Loss- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)* (فقدان السمع - التقييم والتدخل للأطفال الصغار (من عمر 0-3 أعوام))

• *Motor Disorders- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)* (الاضطرابات الحركية - التقييم والتدخل للأطفال الصغار (من عمر 0-3 أعوام))

• *Vision Impairment- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)* (الخلل البصري - التقييم والتدخل للأطفال الصغار (من عمر 0-3 أعوام))

هذه الموارد متاحة بصيغة إلكترونية على الموقع الإلكتروني لبرنامج التدخل المبكر (EIP) التابع لوزارة الصحة بولاية نيويورك (NYSDOH). يمكن لسكان نيويورك طلب هذه الموارد مجاناً عبر مركز التوزيع التابع لوزارة الصحة بولاية نيويورك. يمكن الوصول لنموذج الطلب على الموقع الإلكتروني لبرنامج التدخل المبكر التابع لوزارة الصحة بولاية نيويورك (NYSDOHEIP) أو بالدخول على الرابط التالي: https://www.health.ny.gov/forms/order_forms/eip_publications.pdf

الملحق 1

ما الذي ينبغي فعله عند اعتراض ولي الأمر/الوصي القانوني على إجراء الإحالة

يمكن لمصدر الإحالة الأساسي:

- الاحتفاظ بوثيقة مكتوبة تفيد باعتراض ولي الأمر على إجراء الإحالة والإجراءات اللاحقة المتخذة من قبل مصدر الإحالة الأساسي؛
- تزويد ولي الأمر باسم مسؤول التدخل المبكر (EIO) ومعلومات الاتصال به إذا كان يُشتبه في إصابة الطفل بإعاقة أو إذا كان الطفل معرضًا لخطر تأخر النمو؛
- بذل جهود معقولة للمتابعة مع ولي الأمر وذلك في غضون شهرين، وإذا كان ذلك ملائمًا، إحالة الطفل لبرنامج EIP ما لم يعترض ولي الأمر.

الملحق 2

الحالات البدنية والعقلية المُشخصة المصحوبة باحتمالية عالية لحدوث تأخر النمو تشمل: ((NYCRR 69-4.3(f 10))

- الاختلالات الكروموسومية المرتبطة بتأخر النمو (مثل متلازمة داون)
- المتلازمات والحالات المرتبطة بتأخر النمو (مثل متلازمة الكحول الجنينية)
- الاضطراب العصبي العضلي (مثل أي اضطراب معروف بتأثيره على الجهاز العصبي المركزي، بما في ذلك الشلل الدماغي أو تشقق العمود الفقري أو صغر الرأس أو ضخامة الرأس)
- دليل سريري على وجود اختلال الجهاز العصبي المركزي (CNS) بعد الإصابة بعدوى بكتيرية/فيروسية في الدماغ أو تعرض الرأس/العمود الفقري لإصابة رضحية
- الخلل السمعي (تشخيص الإصابة بفقدان السمع الذي لا يمكن تصحيحه بالعلاج أو الجراحة)
- الخلل البصري (تشخيص الإصابة بخلل بصري الذي لا يمكن تصحيحه بالعلاج (بما في ذلك النظارات أو العدسات اللاصقة أو الجراحة))
- الإصابة بحالات نفسية مُشخصة (مثل اضطراب التعلق التفاعلي بمرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة)
- الاضطراب العاطفي/السلوكي

يلزم إجراء إحالات الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بإعاقة وفقاً للمعايير التالية للمخاطر الطبية/البيولوجية أو الخاصة بالطفولة المبكرة:

معايير الخطر لحدیثي الولادة	معايير الخطر لمرحلة ما بعد حدیثي الولادة	معايير الخطر الأخرى
• الوزن عند الولادة 1501-1000 جرام	• وجود مخاوف لدى ولي الأمر أو مقدم الرعاية حول حالة النمو	• عدم تلقي الرعاية أثناء الحمل
• العمر داخل الرحم أقل من 33 أسبوعاً	• مرض خطير أو إصابة رضحية أثرت على تطور الجهاز العصبي المركزي وتطلبت دخول وحدة الرعاية المركزة للأطفال في المستشفى لمدة 10 أيام أو أكثر	• إعاقة في النمو قبل الولادة أو تشخيص الإصابة بمرض عقلي خطير ومستمر
• تضرر أو اختلال في الجهاز العصبي المركزي (بما في ذلك نوبات الصرع لدى حدیثي الولادة والنزف داخل القحف والحاجة إلى دعم جهاز التنفس الصناعي لأكثر من 48 ساعة، والإصابة الرضحية عند الولادة)	• ارتفاع مستويات الغازات في الدم الوريدي (15 ميكروجرام/ديسيلتر أو أكثر)	• سوء تعاطي ولي الأمر للمواد
• التشوهات الولادية	• ضعف النمو/اتباع برامج غذائية (مثل فشل شديد في النمو العضوي أو غير العضوي وأنيميا حادة لنقص الحديد)	• عدم حضور أي زيارات لرعاية الطفل بحلول الشهر السادس من العمر أو التأخر البالغ في تلقي التطعيمات
• الاختناق (درجة 3 أو أقل على مقياس أبغار في مدة 5 دقائق)	• التهاب الأذن الوسطى المزمن أو الخطير (المستمر لفترة 3 أشهر كحد أدنى)	• معايير أخرى للخطر يحددها مصدر الإحالة الأساسي
• اختلال التوتر العضلي (فرط التوتر العضلي أو ضعف التوتر العضلي)	• عدوى HIV	
• فرط بيليروبين الدم (< 20 مجم/ديسيلتر)	• حالة واضحة للاعتداء على الطفل أو إساءة معاملته	
• نقص سكر الدم (جلوكوز مصل الدم أقل من 20 مجم/ديسيلتر)		
• ضعف النمو/مشكلات التغذية (مثل صغر الحجم بالنسبة للعمر داخل الرحم؛ مشكلة خطيرة في التغذية)		
• وجود خطأ أبيض ولادي (IMD)		
• عدوى منقولة ولادياً أو في الفترة المحيطة بالولادة (مثل نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد ب، والزهري)		
• الإقامة لمدة 10 أيام أو أكثر في وحدة الرعاية المركزية لحدیثي الولادة (NICU) بالمستشفى		
• معايرة الأم للكحول أثناء الحمل		
• تعاطي الأم لمواد محظورة قانونياً		
• التعرض أثناء الحمل لعقاقير علاجية معروفة باحتمال تسببها بآثار سلبية على النمو (مثل الأدوية النفسية أو مضادات التشنجات أو مضادات الأورام)		
• إصابة الأم بمرض بيلة الفينيل كيتون (PKU)		
• وجود خطر لفقدان السمع وفقاً للتاريخ العائلي، بما في ذلك وجود أعراض ذات صلة بمتلازمة أو عدم اجتياز فحص السمع المبدئي للرضيع وكان الطفل يحتاج إلى فحص للمتابعة.		
• وجود خطر للإصابة بخلل بصري بما في ذلك وجود تاريخ عائلي للإصابة بحالات تسبب العمى أو خلل شديد بالرؤية		
• وجود متلازمة جينية يمكن أن تقضي على زيادة خطر التعرض لتأخر النمو		

مصادر الإحالة الأساسية

تقوم مصادر الإحالة الأساسية التالية، خلال يومي عمل من تحديد هوية رضيع أو طفل صغير أقل من 3 أعوام من العمر ويشتهبه في إصابته بإعاقة أو معرض لخطر الإصابة بإعاقة، بإحالة هذا الرضيع أو الطفل الصغير إلى المسؤول المعين من قبل مجلس البلدية، ما لم يكن قد أُحيل بالفعل أو ما لم يعترض ولي الأمر:

- جميع الأفراد الذين هم موظفون مؤهلون يقدمون الخدمات بالقدر الذي يسمح به ترخيصهم أو اعتمادهم أو تسجيلهم
- جميع مقدمي التقييم ومنسقي الخدمات ومقدمي خدمات التدخل المبكر المعتمدين
- المستشفيات
- مقدمو الرعاية الصحية للطفل
- برامج الرعاية النهارية
- الوحدات الصحية المحلية (الإدارة الصحية المحلية)
- المناطق التعليمية المحلية
- مناطق الخدمات الاجتماعية المحلية بما في ذلك الوكالات العامة والعاملين في نظام رفاه الطفل
- منشآت الصحة العامة
- ملاجئ ووكالات العنف الأسري
- ملاجئ الأسر المشردة
- مديرو أي عيادة معتمدة وفقاً للمادة 28 من قانون الصحة العامة أو المادة 16 من قانون الصحة العقلية أو المادة 31 من قانون الصحة العقلية

الملحق 5

وُضعت قائمة حديثة تضم رموز النظام الدولي للحالات المُشخصة (رموز ICD-10) وتوصيفها كحالة مُشخصة مؤهلة مصحوبة باحتمالية عالية للتسبب في تأخر النمو، لاستخدامها في تحديد الأهلية لبرنامج التدخل المبكر، وهي محفوظة على نظام تداول المعلومات الصحية (HCS) في نظام بيانات التدخل المبكر التابع للولاية، ويمكن الوصول إليها من خلاله. بالنسبة للأشخاص الذين ليست لديهم إمكانية الوصول إلى نظام HCS ونظام بيانات التدخل المبكر التابع للولاية، يمكن أيضاً الوصول إلى هذه المعلومات من خلال الموقع الإلكتروني للوكيل المالي للولاية (PCG) على الرابط: www.eibilling.com. يمكن العثور على آخر قائمة محدثة لرموز ICD باستخدام خاصية البحث في علامة تبويب Knowledge Base (قاعدة المعرفة) على الموقع الإلكتروني.