

बच्चे के निवास की काउंटी: _____ बच्चे के रेफरल की तिथि: (मम/दिदि/वववव) _____ / _____ / _____

विभाग 1: आवश्यक जानकारी (इस बॉक्स में सही का निशान बना कर म्युनिसिपैलिटी इंगित करती है कि उन्हें रेफरल के स्रोत से इस बात की पुष्टि मिल गई है कि माता-पिता/कानूनी अभिभावक से सलाह ली गई थी, और उन्होंने रेफरल पर आपत्ति नहीं उठाई है)

बच्चे संबंधी जानकारी	<p>बच्चे का नाम:</p> <p>कुल नाम _____ नाम _____ मध्य नाम _____</p>	<p>जन्म तिथि: (मम/दिदि/वववव) _____ / _____ / _____</p> <p>मुख्य भाषा या संचार का तरीका:</p> <p>_____</p>
	<p>लिंग: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री</p> <p>बच्चे का पता: (सड़क, अपार्टमेंट नंबर) _____</p>	<p>बच्चा _____</p> <p>माता-पिता/कानूनी अभिभावक _____</p>
	<p>मूल वंश: <input type="checkbox"/> हिस्पैनिक या लैटिनो <input type="checkbox"/> हिस्पैनिक या लैटिनो नहीं</p> <p>जाती: (उपयुक्त हो तो एक से ज्यादा चुनें)</p> <p><input type="checkbox"/> अमेरिकन इंडियन या अलास्का नेटिव <input type="checkbox"/> एशियन</p> <p><input type="checkbox"/> अश्वेत या आफ्रीकन अमेरिकन <input type="checkbox"/> श्वेत <input type="checkbox"/> नेटिव हवाइयन या अन्य पैसिफिक आइलैंडर</p>	
<p>रेफरल का कारण: (कृपया केवल एक के सामने सही का निशान बनाएं)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. संदिग्ध इस बच्चे को रेफर किया जा रहा है क्योंकि इस बात का संदेह है कि उसे विकास संबंधी देरी या अक्षमता है।</p> <p><input type="checkbox"/> 2. पुष्टि किया हुआ इस बच्चे को रेफर किया जा रहा है क्योंकि उसे एक पुष्टि की हुई अक्षमता है (निदान हो चुकी शारीरिक या मानसिक स्थिति जिसके परिणाम स्वरूप विकास में देरी होने की बहुत संभावना है)।</p> <p><input type="checkbox"/> 3. जोखिम है इस बच्चे को इस समय अक्षमता होने का संदेह नहीं है लेकिन उसे रेफर किया जा रहा है क्योंकि उसको अक्षमता होने का जोखिम है (जैसे विनियम में पहचाने गए जोखिम के मानदंड, CAPTA रेफरल, आदि)।</p> <p><input type="checkbox"/> 4. जोखिम है शिशु ने नवजात शिशु के लिए श्रवण शक्ति की जाँच पास नहीं की और उसे आवश्यक फॉलो-अप नहीं मिला।</p>		
रेफरल के स्रोत संबंधी जानकारी	<p>रेफरल के स्रोत संबंधी जानकारी:</p> <p>नाम _____ कुल नाम _____</p> <p>एजेन्सी/सुविधा का नाम: _____</p> <p>पता: _____</p> <p>टेलीफोन: (_____) _____ - _____ एक्सटेंशन _____</p> <p>फैक्स: (_____) _____ - _____</p> <p>ईमेल: _____</p>	<p>रेफरल के स्रोत का प्रकार: (कृपया केवल एक के सामने सही का निशान बनाएं)</p> <p><input type="checkbox"/> माता-पिता/कानूनी अभिभावक</p> <p><input type="checkbox"/> परिवार के अन्य सदस्य (बताएं) _____</p> <p><input type="checkbox"/> बच्चे के प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता</p> <p><input type="checkbox"/> अस्पताल या क्लिनिक</p> <p><input type="checkbox"/> सामुदायिक कार्यक्रम/ EIP प्रदाता</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य (बताएं) _____</p>
माता-पिता/कानूनी अभिभावक की संपर्क जानकारी	<p>माता-पिता/कानूनी अभिभावक का नाम:</p> <p>नाम _____ कुल नाम _____</p> <p>घर: (_____) _____ - _____ मोबाइल: (_____) _____ - _____</p> <p>कार्यस्थल: (_____) _____ - _____</p> <p>पता: _____</p> <p>सड़क, अपार्टमेंट नं. _____</p> <p>शहर _____ ज़िप कोड _____</p>	<p>माता-पिता/कानूनी अभिभावक का नाम:</p> <p>नाम _____ कुल नाम _____</p> <p>घर: (_____) _____ - _____ मोबाइल: (_____) _____ - _____</p> <p>कार्यस्थल: (_____) _____ - _____</p> <p>पता: _____</p> <p>सड़क, अपार्टमेंट नं. _____</p> <p>शहर _____ ज़िप कोड _____</p>
	<p>देखभाल करने वाले/वैकल्पिक संपर्क का नाम:</p> <p>नाम _____ कुल नाम _____</p> <p>टेलीफोन नंबर: (_____) _____ - _____</p>	<p>बच्चे से संबंध:</p> <p><input type="checkbox"/> दादा-दादी या नाना-नानी अन्य: _____</p> <p><input type="checkbox"/> पालक माता-पिता</p>

बच्चे का नाम: _____ जन्म तिथि: _____ / _____ / _____
कुल नाम नाम मम दिदि ववव

विभाग 2: निम्नलिखित जानकारी साझा करने के लिए माता-पिता की सूचित, लिखित सहमति आवश्यक है:

रेफरल के स्रोत पुष्टि करते हैं कि उनके पास निम्नलिखित जानकारी और कोई भी संलग्न दस्तावेज़ शामिल करने के लिए माता-पिता की सूचित, लिखित सहमति है।

रेफरल के स्रोत के हस्ताक्षर: _____

रेफरल के कारण संबंधी अतिरिक्त जानकारी:

विकास संबंधी चिंताओं के बारे में अतिरिक्त जानकारी प्रदान करें। पूरे किए गए किसी भी परीक्षण और एक या अधिक विकास संबंधी क्षेत्रों में बच्चे के कार्य को शामिल करें जिससे कि विकास संबंधी देरी होने का पता चलता हो, जिससे कि बच्चे की EIP के लिए पात्रता निर्धारित हो सकती है।

कृपया उन सभी कार्य क्षेत्रों के सामने सही का निशान बनाएं, जिनमें बच्चा देरी दिखा रहा है (प्रासंगिक टिप्पणियाँ शामिल करें या फिर अगर दस्तावेज़ संलग्न हों तो नोट करें):

अनुकूलक: _____

संज्ञानात्मक: _____

संचार: _____

शारीरिक (समग्र और छोटे-छोटे गतिविधि कौशल और इसमें दृष्टि, श्रवण, मुँह की गतिविधि से भोज करने और निगलने संबंधी रोग): _____

सामाजिक-भावनात्मक: _____

दस्तावेज़ संलग्न हैं: _____

निदान की गई स्थिति(याँ) (निदान / रोग के अंतरराष्ट्रीय वर्गीकरण (International Classification of Diseases, ICD-10) कोड शामिल करें): _____

रेफरल संबंधी अतिरिक्त विवरण: _____

माता-पिता/कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____ / _____ / _____

कृपया ध्यान दें: अगर भरने लायक रेफरल फ़ॉर्म में बच्चे के रिकॉर्ड/रिपोर्ट संलग्न करने की सहमति के लिए किसी माता-पिता/कानूनी अभिभावक का इलेक्ट्रॉनिक हस्ताक्षर शामिल हो, तो उस हस्ताक्षर में एक इलेक्ट्रॉनिक सिग्नेचर वेलिडेशन मार्कर (Adobe Acrobat, DocuSign आदि जैसे ऐप्लिकेशनों द्वारा उपलब्ध) भी शामिल होना चाहिए, जिसमें फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर का समय और तिथि भी शामिल होते हैं। अगर वह संरक्षण उपलब्ध न हो और विभाग 2 के लिए मातापिता/अभिभावक के हस्ताक्षर की ज़रूरत हो, तो रेफरल फ़ॉर्म को प्रिंट किया जाना चाहिए ताकि माता-पिता/ कानूनी अभिभावक कागज़ी प्रति पर सहमति के लिए हस्ताक्षर कर सकें।

माता-पिता की सूचित, लिखित सहमति के साथ कृपया ऐसे रिकॉर्ड या रिपोर्ट संलग्न करें, जो जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम के लिए पात्रता निर्धारित करेंगे।

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: _____ / _____ / _____

*इस फ़ॉर्म को भरते समय कृपया निर्देश देखें। फ़ॉर्म को बच्चे के निवास की काउंटी/म्युनिसिपैलिटी में जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम को डाक द्वारा भेजा जा सकता है, फ़ैक्स द्वारा भेजा जा सकता है या प्रदान किया जा सकता है।

रेफरल के लिए उम्र संबंधी आवश्यकताएं:

जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम (EIP) के लिए रेफरल 3 साल से कम उम्र के बच्चों के लिए किए जाने चाहिए। अगर किसी बच्चे को उनके तीसरे जन्मदिन से 45 दिन के भीतर के समय में रेफर किए जाते हैं और वह संभावित रूप से शिक्षा कानून (Education Law) की धारा 4410 के तहत सेवाओं के लिए पात्र हो, तो जल्दी हस्तक्षेप अधिकारी (Early Intervention Official, EIO), माता-पिता की लिखित सहमति के साथ, बच्चे को बच्चा जिस स्थानीय स्कूल डिस्ट्रिक्ट में रहता हो उसकी प्रीस्कूल विशेष शिक्षा समिति (Committee on Preschool Special Education, CPSE) को रेफर करेंगे। EIO के लिए अपने तीसरे जन्मदिन के 45 दिनों के भीतर रेफर किए गए बच्चे के लिए मूल्यांकन, आकलन या शुरुआती वैयक्तिकृत पारिवारिक सेवा योजना (Individualized Family Service Plan, IFSP) आयोजित करना आवश्यक नहीं है।

विभाग 1:

इसमें ऐसे फ़ील्ड हैं जिन्हें केवल स्थानीय EIP को रेफरल करते वक्त ही भरा जाना चाहिए। रेफरल फ़ॉर्म विभाग 1 में सिर्फ़ विभाग 1 की जानकारी भरने के बाद सबमिट किया जा सकता है। विभाग 1 में मौजूद जानकारी सबमिट करने के लिए माता-पिता की सहमति की ज़रूरत नहीं है। माता-पिता को रेफर करने के इरादे के बारे में सूचित किया जाना चाहिए, और अगर माता-पिता आपत्ति उठाते हैं, तो रेफरल नहीं किया जा सकता है।

देखें परिशिष्ट 1: माता-पिता/कानूनी अभिभावक रेफरल पर आपत्ति उठाएं तब क्या करें

कृपया सभी रेफरल जानकारी पढ़ने में आए ऐसे लिखें या टाइप करें।

बच्चे के निवास की काउंटी:

बच्चा जिसमें रहता है वह काउंटी लिखें। EIP रेफरल इस काउंटी में भेजा जाएगा।

रेफरल की तिथि:

यह रेफरल के स्रोत के द्वारा स्थानीय EIP को रेफरल सबमिट करने की तिथि है। रेफरल की तिथि का सटीक होना महत्वपूर्ण है।

बच्चे संबंधी जानकारी

बच्चे का नाम:

नीचे प्रदान की खाली जगहों में बच्चे का पूरा नाम शामिल करें (बच्चे का कुल नाम, बच्चे का नाम और बच्चे का मध्य नाम)। कृपया सुनिश्चित करें कि बच्चे के नाम की स्पेलिंग सटीक हो। लाड़ के नाम इस्तेमाल न करें।

जन्म तिथि:

बच्चे की जन्म तिथि जो कि मम/दिदि/वववव प्रारूप में हो।

बच्चे और माता-पिता/कानूनी अभिभावक की प्रमुख भाषा या संचार का तरीका:

बच्चे और माता-पिता/कानूनी अभिभावक के लिए प्रमुख भाषा या संचार का तरीका लिखें।

लिंग:

बच्चे का लिंग (पुरुष/स्त्री) दिखाने के लिए बॉक्स में सही का निशान बनाएं।

बच्चे का पता:

बच्चे का पूरा पता (कोई भी अपार्टमेंट नंबर शामिल करें), शहर और ज़िप कोड + 4 शामिल करें।

मूल वंश और जाति:

प्रत्येक विभाग के लिए उपयुक्त बॉक्स में सही का निशान बनाएं। किसी बच्चे के लिए एक से ज़्यादा जातीय संकेत चुना जा सकता है।

रेफरल का कारण:

इस विभाग में आप वह कारण चुनेंगे जिसके लिए आप EIP को रेफरल कर रहे हैं। यह महत्वपूर्ण है कि आप **केवल एक कारण** चुनें।

1. अक्षमता होने का संदेह:

रेफ़रल के स्रोत को संदेह है कि रेफ़र किए जा रहे बच्चे को विकास के एक या अधिक कार्य संबंधी क्षेत्रों (अनुकूलक (रोज़मर्रा की गतिविधि से जुड़े), संज्ञानात्मक (ध्यान देना, याद रखना, भाषा, मेलजोल आदि), संचार, शारीरिक (जिसमें दृष्टि, श्रवण, मुँह की गतिविधि, खाने और निगलने संबंधी रोग) और सामाजिक - भावनात्मक) में कोई अक्षमता/विकास संबंधी देरी है। कोई अक्षमता (जिसमें विकास संबंधी देरी शामिल है) होने की शंका वाले बच्चों के लिए रेफ़रल इस पर आधारित होंगे:

- विकास संबंधी जाँच या नैदानिक प्रक्रिया(ओं) के परिणाम, सीधा अनुभव, निरीक्षण और बच्चे की विकास संबंधी प्रगति की समझ;
- माता-पिता द्वारा प्रदान जानकारी, जिससे विकास संबंधी देरी या अक्षमता का पता चले;
- या ऐसा रेफ़रल करने की माता-पिता की माँग।

नोट: जिन शिशुओं ने अस्पताल से छुट्टी दी जाने से पहले इनपेशंट नवजात शिशु के लिए श्रवण की जाँच को पास न किया हो या फिर किसी आउटपेशंट शिशु श्रवण जाँच में वइफल हुए हों, उन्हें अक्षमता होने के संदेह के साथ EIP को रेफ़र किया जाता है, ताकि ऑडियोलॉजिस्ट (श्रवण विशेषज्ञ) के निर्णय अनुसार पुनःजाँच या पुष्टि के योग्य (नैदानिक) श्रवण जाँच प्राप्त की जा सके। जिसके श्रवण शक्ति खोने की शंका हो ऐसे शिशु का 3 महीनों की उम्र से पहले नैदानिक ऑडियोलॉजिकल मूल्यांकन करवाया जाना चाहिए।

2. पुष्टि की गई अक्षमता:

बच्चे को EIP को रेफ़र किया जा रहा है क्योंकि उसे निदान की गई कोई शारीरिक या मानसिक स्थिति है जिसके परिणाम स्वरूप विकास में देरही होने की उच्च संभावना है।

परिशिष्ट 2 देखें: विकास संबंधी देरी की उच्च संभावना के साथ निदान की गई शारीरिक और मानसिक स्थितियाँ

विकास संबंधी देखरेख (Child Find प्रणाली)

3. जोखिम में:

बच्चे को कोई निदान की जा चुकी अक्षमता नहीं है और रेफ़रल के स्रोत के ऐसा शक नहीं है कि बच्चे को इस समय अक्षमता है। बच्चे को **विकास संबंधी देखरेख** के लिए रेफ़र किया जा रहा है क्योंकि बच्चे को कोई अक्षमता होने का **जोखिम** है।

परिशिष्ट 3 देखें: अक्षमता होने के जोखिम पर हों ऐसे बच्चों के रेफ़रल निम्नलिखित चिकित्सीय/जैविक या शुरुआती बचपन के जोखिम से जुड़े मानदंडों के आधार पर किए जाएंगे

- बच्चों से दुर्व्यवहार रोकने और उपचार संबंधी कानून (Child Abuse Prevention and Treatment Act, CAPTA) के तहत रेफ़रल: जिन बच्चों को संघीय CAPTA के तहत EIP को रेफ़र किया गया हो, जिन्हें विकास में देरी होने की शंका न हो या जिनका देरी की उच्च संभावना होने के रूप में निदान किया गया हो, उन बच्चों को **जोखिम में** कहा जाएगा।

4. नवजात शिशु की श्रवण जाँच में विफल होने के कारण जोखिम में:

शिशु को अगर वह नवजात शिशु के लिए श्रवण जाँच में पास न हो, और उन्हें समय पर आवश्यक फॉलो-अप न मिला हो या अगर जल्दी श्रवण जाँच और हस्तक्षेप (Early Hearing Detection and Intervention, EHDI) प्रोग्राम के तहत दस्तावेज़ नामौजूद हों, तब भी जोखिम में वर्ग में रेफ़र किया जाता है।

रेफ़रल के स्रोत संबंधी जानकारी

रेफ़रल का स्रोत:

- रेफ़रल कर रहे व्यक्ति की संपर्क जानकारी।
- प्रदान रिक्त स्थानों में नाम और कुल नाम।
- अगर व्यक्ति किसी एजेन्सी के लिए काम करता हो तो एजेन्सी या सुविधा को शामिल करें।
- पता शामिल करें।
- अगर ज़रूरत हो तो रेफ़रल के स्रोत से संपर्क किया जा सके इसके लिए एक फ़ोन नंबर (एक्सटेंशन सहित) और फ़ैक्स नंबर शामिल करें।
- ज़रूरत हो तो रेफ़रल के स्रोत से जिस पर संपर्क किया जा सके ऐसा ईमेल पता शामिल करें। कृपया नोट करें, संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी (PII) को ईमेल पत्र-व्यवहार में शामिल नहीं किया जाना चाहिए। कृपया अधिक जानकारी के लिए **अतिरिक्त जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम (EIP) रेफ़रल संबंधी जानकारी/संसाधनों में Dear Colleague Letter - Clarification to Early Intervention Providers on Parental Consent to Use E-mail to Exchange Personally Identifiable Information** (प्रिय सहकर्मी पत्र - व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी का लेन-देन करने के लिए ईमेल का उपयोग करने के लिए माता-पिता की सहमति के बारे में जल्दी हस्तक्षेप प्रदाताओं के लिए स्पष्टीकरण) देखें।

सभी प्राथमिक रेफ़रल स्रोतों के लिए परिशिष्ट 4 देखें

रेफ़रल के स्रोत का प्रकार: (केवल एक चुनें) जो नीचे दी हुई सूची में से सब से अच्छी तरह से मेल खाता हो

- **माता-पिता/कानूनी अभिभावक**
 - माता-पिता
 - दोस्त/रिश्तेदार (बताएं) अगर व्यक्ति कानूनी अभिभावक है
- **परिवार के अन्य सदस्य (बताएं)**
 - दोस्त/रिश्तेदार (बताएं) अगर कानूनी अभिभावक न हो
- **बच्चे के प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता**
 - फ़िज़िशियन/पीडियाट्रिशियन (बच्चों के डॉक्टर)
- **अस्पताल या क्लिनिक**
 - अस्पताल
 - स्वास्थ्य सेवा प्रदाता
 - नवजात शिशु के लिए श्रवण की जाँच
 - सार्वजनिक/सामुदायिक स्वास्थ्य सुविधाएं (स्थानीय स्वास्थ्य विभाग में क्लिनिक)
- **सामुदायिक कार्यक्रम/EIP प्रदाता**
 - Child Find
 - डे केयर प्रदाता
 - EIP प्रदाता
 - Head Start कार्यक्रम
 - केंद्र के/म्युनिसिपैलिटी कर्मचारी
 - स्कूल डिस्ट्रिक्ट यानी कि स्थानीय शिक्षा एजेन्सी
 - जाँच और देखरेख (जोखिम में)
- **अन्य (बताएं)**
 - दोस्त / रिश्तेदार (बताएं) अगर दोस्त हो
 - सामाजिक सेवा एजेन्सियाँ
 - अन्य (बताएं)

माता-पिता/कानूनी अभिभावक संबंधी जानकारी

माता-पिता/कानूनी अभिभावक संबंधी जानकारी:

- कृपया जानकारी पूर्ण रूप से भरें।
- कृपया सुनिश्चित करें कि कम से कम एक माता-पिता/कानूनी अभिभावक की संपर्क जानकारी शामिल की गई हो और पूरी तरह से भरी गई हो।
- प्रदान की गई खाली जगह में प्रत्येक माता-पिता/कानूनी अभिभावक के कुल नाम और नाम शामिल करें, और साथ ही वह पता और फ़ोन नंबर जिस पर माता-पिता/कानूनी अभिभावक (अभिभावकों) से संपर्क किया जा सके।
- अगर लागू होता हो, तो व्यक्ति को बच्चे से मातृत्व-पितृत्व के संबंध में शामिल करें।

देखभाल करने वाले/वैकल्पिक संपर्क का नाम:

जब आवश्यक और लागू होता हो, उस अन्य व्यक्ति का नाम और संपर्क जानकारी शामिल करें, जिसके द्वारा माता-पिता से संपर्क किया जा सके।

बच्चे से संबंध:

बच्चे के साथ इस व्यक्ति के सटीक संबंध के लिए बॉक्स में सही का निशान बनाएं।

बच्चे का नाम:

बच्चे का पूरा नाम शामिल करें (बच्चे का कुल नाम और बच्चे का नाम)। लाड़ के नाम इस्तेमाल न करें।

बच्चे की जन्म तिथि:

बच्चे की जन्म तिथि जो कि मम/दिदि/वववव प्रारूप में हो।

विभाग 2:

इस विभाग को तभी पूरा किया जा सकता है और जानकारी तभी जमा करवाई जा सकती है, अगर माता-पिता/कानूनी अभिभावक ने यह जानकारी शामिल करने के लिए लिखित सहमति प्रदान की हो।

इस बात का साक्ष्य देने के लिए बॉक्स में सही का निशान बना कर हस्ताक्षर करें कि आपको इस रेफरल फॉर्म के **विभाग 2** में जानकारी शामिल करने और अतिरिक्त कोई भी अन्य चिकित्सीय या अन्य रिकॉर्ड शामिल करने के लिए **माता-पिता की लिखित सहमति** प्राप्त की हो, जिन से बच्चे की EIP के लिए पात्रता स्थापित की जा सके।

चुनी गई मूल्यांकन एजेन्सी रेफरल में दी गई जानकारी और किन्हीं भी संलग्न चिकित्सीय रिकॉर्ड्स का मूल्यांकन के आवश्यक प्रकार का निर्धारण करने के लिए इस्तेमाल करेगी। यह महत्वपूर्ण है कि इस रेफरल के साथ विस्तृत जानकारी शामिल की जाए (माता-पिता/कानूनी अभिभावक की लिखित सहमति के साथ)। मूल्यांकन एजेन्सी निर्धारित करेगी कि क्या EIP के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए किसी विस्तृत जाँच और/या बहु-विषयी मूल्यांकन (multidisciplinary evaluation, MDE) या आकलन की ज़रूरत है।

रेफरल के कारण संबंधी अतिरिक्त जानकारी:

इस विभाग में बच्चे के बारे में इकट्ठा की गई ऐसी कोई भी जानकारी शामिल है, जो बच्चे को EIP के लिए रेफर करने के कारण का समर्थन करती है।

विकास संबंधी चिंताओं (जिनमें पूर्ण किया गया कोई भी परीक्षण भी शामिल होता है) और बच्चे के एक या अधिक विकास संबंधी क्षेत्रों में कार्य जो कि विकास में देरी का हिस्सा हो सकते हैं, जो कि EIP के लिए बच्चे की पात्रता निर्धारित करते हैं, के बारे में अतिरिक्त जानकारी प्रदान करें।

कार्यात्मक क्षेत्र:

वह (वे) कार्यात्मक क्षेत्र चुनें जिसकी (जिनकी) रेफरल के स्रोत ने बच्चे द्वारा विकास में देरी के प्रदर्शन के रूप में पहचान की हो।

- अनुकूलक (रोज़मर्रा की गतिविधि से जुड़े)
- संज्ञानात्मक (ध्यान देना, याद रखना, भाषा, मेलजोल आदि)
- संचार
- शारीरिक (जिसमें दृष्टि, श्रवण, मुँह की गतिविधि, खाने और निगलने संबंधी रोग)
- सामाजिक - भावनात्मक

पहचानी गई देरी से जुड़ी कोई भी टिप्पणियाँ शामिल करें या नोट करें कि दस्तावेज़ संलग्न है।

निदान की गई स्थिति(याँ) और रोगों के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण (International Classification of Diseases, ICD-10) कोड:

रेफरल के स्रोत के बच्चे की निदान की गई स्थिति को बताना चाहिए और बच्चे के लिए उपयुक्त हो वह रोगों के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण (ICD-10) के निदान कोड को शामिल करना चाहिए। रेफरल फॉर्म में निदान की गई एक से ज़्यादा स्थितियाँ और ICD-10 कोड शामिल किए जा सकते हैं।

परिशिष्ट 5 देखें

नोट: जिसके परिणाम स्वरूप विकास संबंधी देरी होने की अधिक संभावना हो ऐसी निदान हो चुकी स्थिति वाले या जिसकी निदान की हुई विकास संबंधी देरी EIP पात्रता आवश्यकताओं से सुसंगत हो ऐसे बच्चे के माता-पिता को निम्नलिखित जानकारी देने की ज़िम्मेदारी प्रारंभिक रेफरल स्रोत की है:

1. EIP के लिए पात्रता एक बहुविषयी आकलन (MDE) द्वारा निर्धारित की जाती है।
2. प्रारंभिक रेफरल स्रोत को निदान का समर्थन करने के लिए आवश्यक रिकॉर्ड या रिपोर्ट ट्रांसमिट करने के लिए लिखित सहमति प्रदान करने के महत्व या जिन बच्चों की निदान की हुई स्थिति न हो, उनके माता-पिता के लिए ऐसे रिकॉर्ड जो कार्यक्रम के लिए पात्रता निर्धारित करने में सहायक होंगे।

माता-पिता/कानूनी अभिभावक की लिखित सहमति के साथ:

कृपया कोई भी चिकित्सीय या अन्य रिकॉर्ड/रिपोर्ट संलग्न करें जो किसी बच्चे की EIP के लिए पात्रता निर्धारित करने में सहायक होंगे।

माता-पिता/कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर और तिथि:

कृपया ध्यान दें: अगर भरने लायक रेफरल फॉर्म में बच्चे के रिकॉर्ड/रिपोर्ट संलग्न करने की सहमति के लिए किसी माता-पिता/कानूनी अभिभावक का इलेक्ट्रॉनिक हस्ताक्षर शामिल हो, तो उस हस्ताक्षर में एक इलेक्ट्रॉनिक सिग्नेचर वेलिडेशन मार्कर (Adobe Acrobat, DocuSign आदि जैसे ऐप्लिकेशनों द्वारा उपलब्ध) भी शामिल होना चाहिए, जिसमें फॉर्म पर हस्ताक्षर का समय और तिथि भी शामिल होते हैं। अगर वह संरक्षण उपलब्ध न हो और विभाग 2 के लिए मातापिता/अभिभावक के हस्ताक्षर की ज़रूरत हो, तो रेफरल फॉर्म को **प्रिंट किया** जाना चाहिए ताकि माता-पिता/ कानूनी अभिभावक कागज़ी प्रति पर सहमति के लिए हस्ताक्षर कर सकें।

यह EIP को उनके बच्चे की चिकित्सीय जानकारी ट्रांसमिट करने की माता-पिता/कानूनी अभिभावक की सूचित लिखित सहमति होता है।

FOR OFFICE USE ONLY:

This section is completed by the receiving county.

जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम (EIP) के लिए रेफरल संबंधी अतिरिक्त जानकारी/संसाधन:

जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम के लिए रेफरल के बारे में न्यूयॉर्क राज्य विनियम और सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून: सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून की धारा 25 का टाइटल II-A: <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/PBH/A25T2-A> और 10 NYCRR खंड 69-4.3: रेफरल: <https://regs.health.ny.gov/content/section-69-43-referrals>

प्रिय सहकर्मी पत्र - व्यक्तिगत रूप से पहचान योग्य जानकारी का लेन-देन करने के लिए ईमेल का उपयोग करने के लिए माता-पिता की सहमति के बारे में जल्दी हस्तक्षेप प्रदाताओं के लिए स्पष्टीकरण:

इस दस्तावेज़ में EIP में ईमेल के इस्तेमाल के बारे में जानकारी शामिल है: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/2009-10_early_intervention_parent_consent_to_use_email.htm

जल्दी हस्तक्षेप ज्ञापन 94-3: जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम के लिए रेफरल प्रक्रियाएं फिर से जारी की गईं <MM/YYYY>। इस दस्तावेज़ में रेफरल करने के बारे में विशेष जानकारी शामिल है: <https://www.health.ny.gov/guidance/oph/cch/bei/94-3.pdf>

रेफरल कहाँ भेजें:

रेफरल बच्चा इस समय जिस काउंटी में रहता हो उसके जल्दी हस्तक्षेप अधिकारी (EIO) को भेजे जाने चाहिए। रेफरल के प्रारंभिक स्रोत यू.एस. डाक या फ़ैक्स द्वारा रेफरल भेज सकते हैं। म्युनिसिपैलिटी/काउंटी संपर्कों की सूची यहाँ से प्राप्त की जा सकती है: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/county_eip.htm

जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम के बारे में माता-पिता के लिए जानकारी:

जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम के बारे में माता-पिता के लिए जानकारी न्यूयॉर्क राज्य (NYS) स्वास्थ्य विभाग के जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम की वेबसाइट पर स्थित है: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm

ये पत्रिकाएं NYS निवासियों के लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं:

Early Help Makes a Difference (जल्दी सहायता फर्क लाती है)! (वह पत्रिका जो जन्म से तीन साल की उम्र तक बच्चों के लिए विकास संबंधी महत्वपूर्ण घटकों को हाइलाइट करती है)

Early Intervention Steps: A Parent's Basic Guide to the Early Intervention Program (जल्दी हस्तक्षेप के चरण: जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम के लिए माता-पिता के लिए मूलभूत मार्गदर्शिका) (यह पुस्तिका जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम का वर्णन करती है)

नवजात शिशु के श्रवण की जाँच संबंधी पत्रिकाएं:

- *Can Your Baby Hear You (क्या आपका शिशु आपको सुन सकता है)?*
- *Your Baby Passed the Hearing Screening (आपका शिशु श्रवण जाँच में उत्तीर्ण हो गया)*
- *Your Baby Needs Another Screening (आपके शिशु को एक और जाँच की सज़रूरत है)*

चिकित्सकीय कार्यरिती मार्गदर्शिका (न्यूयॉर्क राज्य के दिशा निर्देशप्रभावी कार्यरितियों के बारे में वैज्ञानिक साक्ष्य और विशेषज्ञ चिकित्सकीय राय के आधार पर सुझाव देते हैं):

- *Autism/Pervasive Developmental Disorders- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (ऑटिज़्म/व्यापक विकास संबंधी रोग - छोटे बच्चों के लिए आकलन और हस्तक्षेप) (उम्र 0 से 3 साल)*
- *Communication Disorders- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (संचार संबंधी विकार - छोटे बच्चों के लिए आकलन और हस्तक्षेप) (उम्र 0 से 3 साल)*
- *Down Syndrome- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (डाउन सिंड्रोम - छोटे बच्चों के लिए आकलन और हस्तक्षेप) (उम्र 0 से 3 साल)*
- *Hearing Loss- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (श्रवण शक्ति खोना - छोटे बच्चों के लिए आकलन और हस्तक्षेप) (उम्र 0 से 3 साल)*
- *Motor Disorders- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (मोटर विकार - छोटे बच्चों के लिए आकलन और हस्तक्षेप) (उम्र 0 से 3 साल)*
- *Vision Impairment- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) (दृष्टि में बाधा - छोटे बच्चों के लिए आकलन और हस्तक्षेप) (उम्र 0 से 3 साल)*

ये संसाधन न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग (NYSDOH) जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम (EIP) की वेबसाइट पर इलेक्ट्रॉनिक रूप में उपलब्ध हैं। न्यूयॉर्क निवासियों के लिए इन संसाधनों को NYS DOH वितरण केंद्र से निःशुल्क मँगवाया जा सकता है। ऑर्डर फ़ॉर्म तक NYSDOHEIP की वेबसाइट पर या निम्नलिखित लिंक के द्वारा पहुँच बनायी जा सकती है: https://www.health.ny.gov/forms/order_forms/eip_publications.pdf

परिशिष्ट

परिशिष्ट 1

माता-पिता/कानूनी अभिभावक रेफरल पर आपत्ति उठाएं तब क्या करें

प्राथमिक रेफरल के स्रोत यह करेंगे:

- रेफरल को माता-पिता की आपत्ति का और प्राथमिक स्रोत द्वारा की गई फॉलो-अप कार्रवाई का लिखित दस्तावेजीकरण रखना;
- अगर बच्चे को अक्षमता होने की शंका हो या बच्चा जोखिम में हो तो माता-पिता को जल्दी हस्तक्षेप अधिकारी (EIO) का नाम और संपर्क जानकारी देना;
- दो महीनों के भीतर माता-पिता के साथ फॉलो अप करने के वाजिब प्रयास करना और अगर योग्य हो, तो अलावा इसके कि माता-पिता आपत्ति उठाएं, बच्चे को EIP को रेफर करना।

परिशिष्ट 2

विकास संबंधी देरी की उच्च संभावना के साथ निदान की गई शारीरिक और मानसिक स्थितियों में शामिल हैं: (10 NYCRR 69-4.3(f))

- विकास संबंधी देरी से जुड़ी गुणसूत्र असामान्यताएं (जैसे डाउन सिंड्रोम)
- विकास में देरी से जुड़े संलक्षण और स्थितियाँ (जैसे गर्भस्थ शिशु पर शराब के सेवन का प्रभाव)
- तंत्रिक विकार (जैसे कोई भी विकार जिससे मध्यस्थ तंत्रिका संलक्षण प्रभावित हों जिसमें सेरेब्रल पाल्सी (संतुलन और गतिविधि में अवरोध करने वाला रोग), स्पिना बिफिडा (रीढ़ की हड्डी में कोई असामान्यता), माइक्रोसेफाली (बहुत छोटे सिर वाला शिशु) या मैक्रोसेफाली (बहुत बड़े सिर वाला शिशु) शामिल हैं)
- मस्तिष्क में बैक्टीरियल/वाइरल संक्रमण या सिर/रीढ़ की हड्डी पर चोट लगने के बाद मध्यस्थ तंत्रिका प्रणाली (central nervous system, CNS) की अपसामान्यता का चिकित्सकीय साक्ष्य
- सुनने में बाधा (निदान हो चुकी श्रवण शक्ति में बाधा जिसे उपचार या सर्जरी से ठीक नहीं किया जा सकता है)
- देखने में बाधा (निदान हो चुकी दृष्टि में बाधा जिसे उपचार (जिसमें चश्मा या कॉन्टैक्ट लेसं या सर्जरी शामिल हैं) से ठीक नहीं किया जा सकता है)
- निदान की हुई मनोरोग स्थिति (जैसे शैशव और शुरुआती बचपन का प्रतिक्रियात्मक लगाव विकार)
- भावनात्मक/व्यवहार संबंधी विकार

परिशिष्ट 3

अक्षमता होने के जोखिम में हों ऐसे बच्चों के रेफरल निम्नलिखित चिकित्सीय/जैववैज्ञानिक या शुरुआती बचपने के जोखिम के मानदंड के आधार पर किए जाएंगे:

नवजात शिशु संबंधी जोखिम के मानदंड	नवजात से बड़े शिशु के लिए जोखिम के मानदंड	जोखिम के अन्य मानदंड
<ul style="list-style-type: none">• जन्म के समय वजन 1000-1501 ग्राम• गर्भकाल 33 हफ्तों से कम• मध्यस्थ तंत्रिका प्रणाली की चोट या असामान्यता (जिनमें नवजात शिशु को दौरे पड़ना, खोपड़ी में रक्तस्राव, 48 घंटे से ज्यादा समय तक वेंटिलेटर के सहारे की ज़रूरत पड़ना, जन्म के समय चोट लगना शामिल हैं)• जन्मगत अपसामान्यता• पर्याप्त मात्रा में ऑक्सीजन न मिलना (5 मिनट में 3 या कम का अपगर स्कोर - उस जाँच का परिणाम जो शिशु के जन्म के तुरंत बाद की जाती है)• स्नायुओं के कसाव में अपसामान्यताएं (हायपरटोनिसिटी (बहुत ज्यादा कड़े स्नायु) या हाइपोटोनिसिटी (बहुत ज्यादा शिथिल स्नायु))• हाइपरबिलिरुबिनेमिया (खून में पित्त की बहुत ज्यादा मात्रा) (> 20mg/dl)• हायपोग्लायसेमिया (खून में शक्कर की अत्यधिक कम मात्रा) (सीरम ग्लूकोज़ 20 mg/dl से कम)• विकास में कमी/पोषण संबंधी समस्याएं (जैसे गर्भकाल के लिए छोटा होना, स्तनपान में बहुत समस्या होना)• जन्मजात चयापचय विकार (Inborn Metabolic Disorder, IMD) की मौजूदगी• गर्भकाल से एक साल तक या जन्मगत संचारित संक्रमण (जैसे, HIV, हेपेटाइटिस B (पीलिया), सिफिलिस)• 10 या ज्यादा दिनों तक किसी नवजात इन्टेन्सिव केयर इकाई (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) में भरती• माता द्वारा प्रसव पूर्व शराब का दुरुपयोग• माता द्वारा प्रसव पूर्व नशीले पदार्थों का दुरुपयोग• जन्म पूर्व विकास पर ज्ञात संभावित प्रभावों वाले उपचारात्मक औषधों से संपर्क (जैसे साइकोट्रोपिक (मनोरोग के लिए) दवाएं, एंटीकन्वल्ज़ंट (मिरगी या अन्य तरह की मरोड़ के लिए दवाएं), एंटीनिओप्लास्टिक (दुष्प्रभाव करने वाले कोषों को फैलने से रोकने वाली दवाएं))• माता में PKU• लक्षणों की प्रस्तुति या शुरुआती नवजात शिशु श्रवण जांच में उत्तीर्ण न होने और बच्चे को फॉलोअप स्क्रीनिंग की ज़रूरत होने सहित पारिवारिक इतिहास के आधार पर श्रवण शक्ति खोने का जोखिम।• अंधत्व या दृष्टि में गंभीर बाधा का कारण बनने वाली स्थितियों के पारिवारिक इतिहास सहित दृष्टि बाधा का जोखिम• किसी ऐसे जेनेटिक लक्षण की उपस्थिति जो विकास संबंधी देरी के जोखिम को बढ़ा सकता है	<ul style="list-style-type: none">• विकास संबंधी स्थिति के बारे में माता-पिता या देखभाल करने वाले की चिंता• मध्यस्थ तंत्रिका प्रणाली के विकास संबंधी संभावित परिणामों वाली गंभीर बीमारी या चोट जिसके लिए बच्चों के लिए इन्टेन्सिव केयर इकाई में 10 या अधिक दिनों तक भरती रहना पड़े• धमनियों में रक्त का बढ़ा हुआ स्तर (15 mcg/dl या उससे ऊपर)• विकास में कमी/पोषण संबंधी कार्यक्रम (जैसे महत्वपूर्ण जैविक या अजैविक विकास में विफलता, आयरन की बहुत कमी, रक्ताल्पता या एनिमिया)• कान के मध्यभाग के संक्रमण का लंबा समय या गंभीर संक्रमण (निरंतर कम से कम 3 महीनों तक)• HIV संक्रमण• बच्चे से दुर्व्यवहार या अत्याचार का सूचित मामला	<ul style="list-style-type: none">• कोई प्रसवपूर्व देखभाल नहीं• प्रसवपूर्व विकास संबंधी अक्षमता या निदान की गई गंभीर और स्थायी मानसिक बीमारी• माता-पिता द्वारा नशीले पदार्थों का दुरुपयोग• 6 महीनों की उम्र तक कोई वेल चाइल्ड देखभाल नहीं या टीकों में बहुत देरी• प्राथमिक रेफरल के स्रोत द्वारा पहचाने गए जोखिम के अन्य मानदंड

परिशिष्ट 4

प्राथमिक रेफरल के स्रोत

प्राथमिक रेफरल के ये स्रोत किसी शिशु या तीन साल से कम आयु के बच्चे, जिसे कोई अक्षमता होने की शंका हो या अक्षमता होने का जोखिम हो, उसकी पहचान करने के **दो कार्य दिवसों** के भीतर ऐसे शिशु या बच्चे को म्युनिसिपैलिटी द्वारा निर्दिष्ट अधिकारी को रेफर करेंगे, अलावा इसके कि बच्चे को पहले ही रेफर कर दिया हो या फिर माता-पिता आपत्ति उठाएं:

- अपने लाइसेंस, प्रमाणपत्र या पंजीकरण द्वारा अधिकृत सीमा तक सेवाएं प्रदान करने वाले अर्हता प्राप्त कर्मचारी हों ऐसे व्यक्ति
- सभी स्वीकृत मूल्यांकनकार, सेवा संयोजक और जल्दी हस्तक्षेप सेवाओं के प्रदाता
- अस्पताल
- बाल स्वास्थ्य सेवा प्रदाता
- डेकेयर कार्यक्रम
- स्थानीय स्वास्थ्य इकाइयाँ (स्थानीय स्वास्थ्य विभाग)
- स्थानीय स्कूल डिस्ट्रिक्ट
- स्थानीय सोशल सर्विस डिस्ट्रिक्ट जिसमें सार्वजनिक एजेन्सियाँ और बाल कल्याण प्रणाली के कर्मचारी शामिल हैं
- सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाएं
- घरेलु हिंसा से आश्रयस्थान और एजेन्सियाँ
- बेघर पारिवारिक आश्रय स्थान
- सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून की धारा 28, मानसिक स्वास्थ्य कानून की धारा 16 या मानसिक स्वास्थ्य कानून की धारा 31 के तहत स्वीकृत किसी भी क्लिनिक को चलाने वाले

परिशिष्ट 5

अंतर्राष्ट्रीय निदान किए गए रोग कोड (ICD-10 कोड) एक सूची और जल्दी हस्तक्षेप कार्यक्रम के लिए पात्रता निर्धारण के लिए उपयोग में लिए जाने के लिए पात्र विकास में देरी की उच्च संभावना वाली निदान की हुई स्थिति के रूप में उनका निर्धारण बनाए रखा जाता है और इस तक राज्य की जल्दी हस्तक्षेप डेटा प्रणाली (State Early Intervention Data System) में स्वास्थ्य वाणिज्य प्रणाली (Health Commerce System, HCS) तक पहुँच बनाई जा सकती है।

जिन्हें HCS और राज्य जल्दी हस्तक्षेप डेटा प्रणाली तक पहुँच न हो, उनके लिए इस जानकारी तक राज्य वित्तीय एजेंट (State Fiscal Agent) पब्लिक कंसल्टिंग ग्रूप (Public Consulting Group, PCG) की वेबसाइट द्वारा भी पहुँच बनाई जा सकती है: www.eibilling.com | ICD कोड की सब से हाल में अपडेट की गई सूची तक वेबसाइट पर Knowledge Base (ज्ञान भंडार) टैब पर खोज विशेषता का उपयोग करके पाई जा सकती है।