



密苏里州 First Steps 项目
采取行动之通知书/知情同意书



孩子姓名	出生日期	完成日期
------	------	------

说明

必须向参与 First Steps 项目的孩子家长提供 *预先的书面通知*，而且必须在采取行动前取得家长的书面同意书。

家长必须在此表格上签名、填写日期并将其返还给服务协调员。服务协调员的联系信息见下文。

第一部分：评估及评定

提议采取的行动	采取行动的理由	接受	拒绝
对孩子进行评估/初步评定		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
对孩子持续进行评定		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第二部分：早期干预(EI)服务

提议采取的行动：

- 开始早期干预服务
- 更改早期干预服务

应 IFSP 团队的要求暂停早期干预服务

服务类型	采取行动的理由	接受	拒绝
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

知情同意书

本人知道可适用于本人的孩子及家庭的服务。

本人明白本人必须在本人接受的提供给本人孩子及家庭的行动实施前提供书面知情同意书。本人同时明白本人的孩子及家庭将不会接受本人拒绝的行动。

家长签名	家长签名日期
------	--------

列印家长姓名

服务协调员

服务协调员姓名及地址	服务协调员电话号码
机构代表签名	机构接收日期

亲权声明书之书面影印本和本通知书一同附上。

中小学教育主管部门不会因种族、肤色、宗教、性别、原国籍、年龄或残疾在计划和提供并持有歧视。关于主管部门为残疾人提供计划和残疾人可以接触的服务、活动及设施地点访问，可直接向杰弗逊州办公楼总顾问办公室民权合规（第六街第九号/504/ADA/年龄法）协调员，地址：6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480；电话：573-526-4757 或 TTY 800-735-2966；电子邮件：civilrights@dese.mo.gov。