خاندان کی زیرِ ہدایت تشخیص
(Family-Directed Assessment)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention
Empire State Plaza, Corning Tower Room 227
Albany, NY 12237
(518) 474-2762

بچے کا نام______________ ______________ ______________
آخری نام　　پہلا نام　　درمیانی نام

تاریخ پیدائش______________
مہینہ/دن/سال

تشخیص میں حصہ لینے والے خاندان کے فرد (افراد)	خاندان کے دیگر افراد/بہن بھائی جو بچے کے ساتھ گھر میں رہتے ہیں
نام	نام
بچے سے رشتہ	بچے سے رشتہ
نام	نام
بچے سے رشتہ	بچے سے رشتہ
نام	نام
بچے سے رشتہ	بچے سے رشتہ

آپ کے بچے کی کثیر الشعبہ تشخیص (Multidisciplinary Evaluation, MDE) کے حصے کے طور پر، آپ کو رضاکارانہ طور پر خاندان کی زیرِ ہدایت تشخیص میں حصہ لینے کا موقع دیا جاتا ہے۔ آپ کی شرکت آپ کے خاندان کے ان خدشات، ترجیحات، اور وسائل کا تعین کرنے میں مددگار ثابت ہو سکتی ہے جو آپ کے بچے کی دیکھ بھال اور اس کی نشوونما کو بہتر بنانے سے متعلق ہیں، جن سے ابتدائی مداخلت کی خدمات کے ممکنہ نتائج وضع کرنے میں مدد ملے گی۔ یہ آپ کی پرورش کی مہارتوں کا کوئی امتحان نہیں ہے۔ خاندان کی زیرِ ہدایت تشخیص کا انحصار ان معلومات پر ہے جو آپ اور آپ کا خاندان آپ کی تشخیصی ٹیم کے کسی رکن کے ساتھ ذاتی، روبرو گفتگو میں فراہم کرتے ہیں۔

خاندان کی زیرِ ہدایت تشخیص آپ کو اس بات پر غور کرنے میں بھی مدد دے سکتی ہے کہ آپ کو اپنے بچے اور خاندان دونوں کے لیے ابتدائی مداخلت کی خدمات اور کمیونٹی کی دیگر خدمات یا معاونت سے سب سے زیادہ کس چیز کی ضرورت ہے۔ اس کے علاوہ، اگر آپ کے بچے کو ابتدائی مداخلت کے پروگرام (Early Intervention Program, EIP) کے لیے اہل قرار دیا جاتا ہے، تو یہ آپ کو اور آپ کی انفرادی فیملی سروس پلان (Individualized Family Service Plan, IFSP) کی ٹیم کو آپ کی IFSP میٹنگ کی منصوبہ بندی کرنے میں بھی مدد دے سکتی ہے۔ آپ کی شیئر کی گئی تمام معلومات کو نجی رکھا جاتا ہے۔ آپ یہ فیصلہ کرتے ہیں کہ تشخیص کی کون سی معلومات کو تشخیصی رپورٹ میں شامل کیا جانا چاہیے اور آپ کی IFSP میٹنگ میں ان پر تبادلہ خیال کیا جانا چاہیے۔

اس سے پہلے کہ آپ خاندان کی زیرِ ہدایت تشخیص میں حصہ لینے کے بارے میں کوئی فیصلہ کریں، میں آپ کے کن سوالات کے جوابات دے سکتا/سکتی ہوں؟

براہ کرم نشان لگائیں اور دستخط کریں:
☐ ہاں، میں خاندان کی زیرِ ہدایت تشخیص میں حصہ لینا چاہتا/چاہتی ہوں۔
☐ نہیں، میں خاندان کی زیرِ ہدایت تشخیص میں حصہ نہیں لینا چاہتا/چاہتی ہوں۔

______________ ______________
والد/والدہ/سرپرست کے دستخط　　تاریخ

براہ کرم نوٹ کریں: اگر پُر کرنے کے قابل *خاندان کی زیرِ ہدایت تشخیص کے فارم (Family-Directed Assessment Form)* میں خاندان کی زیرِ ہدایت تشخیص میں حصہ لینے کی رضامندی کے لیے والد/والدہ/سرپرست کے الیکٹرانک دستخط شامل ہیں، تو **اس دستخط کے ساتھ ایک الیکٹرانک دستخط کا تصدیقی نشان (جو Adobe Acrobat، DocuSign، وغیرہ جیسی ایپلی کیشنز کے ذریعے دستیاب ہے) بھی لازمی طور پر شامل ہونا چاہیے جس میں فارم پر دستخط کی تاریخ اور وقت درج ہو۔** اگر یہ حفاظتی اقدام دستیاب نہیں ہے، تو *خاندان کی زیرِ ہدایت تشخیص کے فارم* کو لازمی طور پر پرنٹ کیا جانا چاہیے تاکہ والد/والدہ/قانونی سرپرست کاغذی کاپی پر رضامندی کے لیے دستخط کر سکیں۔

______________ ______________
تشخیص کرنے والے کے دستخط　　تاریخ

کیا آپ کو درج ذیل میں سے کسی کے حوالے سے مدد یا معلومات کی ضرورت ہے؟	براہ کرم ہاں یا نہیں پر نشان لگائیں	تفصیل بیان کریں
آپ کے بچے کی نشوونما سے متعلق ضروریات	☐ ہاں ☐ نہیں	
آپ کے بچے کی نشوونما میں تاخیر یا معذوری سے متعلق معلومات	☐ ہاں ☐ نہیں	
رہائش، خوراک، لباس	☐ ہاں ☐ نہیں	
ملازمت کی تلاش	☐ ہاں ☐ نہیں	
ٹیلی فون، ٹیکنالوجی (مثلاً، انٹرنیٹ کنیکٹیویٹی)	☐ ہاں ☐ نہیں	
کسی معالج یا دیگر ماہرین کی تلاش	☐ ہاں ☐ نہیں	
بچوں کی دیکھ بھال کی سہولت کی تلاش	☐ ہاں ☐ نہیں	
دیکھ بھال کرنے والوں کے لیے وقفہ حاصل کرنے میں مدد (مثلاً، عارضی نگہداشت/آرام)	☐ ہاں ☐ نہیں	
ذہنی صحت کے وسائل	☐ ہاں ☐ نہیں	
اپنے بچے کی نشوونما میں تاخیر/معذوری سے نمٹنا	☐ ہاں ☐ نہیں	
آپ کے بچے کے بہن بھائیوں کو اس بات سے ہم آہنگ ہونے میں مدد کرنا کہ ان کا ایک بہن/بھائی نشوونما میں تاخیر/معذوری کا شکار ہے	☐ ہاں ☐ نہیں	
آلات، سامان، معاون ٹیکنالوجی کے آلات (assistive technology devices, ATDs) اور/یا خدمات	☐ ہاں ☐ نہیں	
گھر پر یا کمیونٹی میں خاندان/کھیل کی سرگرمیوں کے حوالے سے آئیڈیاز	☐ ہاں ☐ نہیں	
اپنے بچے کو کمیونٹی اور اس کی سرگرمیوں میں شامل کرنا	☐ ہاں ☐ نہیں	
اپنی کمیونٹی میں دوسرے خاندانوں سے ملاقات کرنا	☐ ہاں ☐ نہیں	
اپنے بچے کی روزمرہ کی زندگی کی سرگرمیوں میں مدد دینے کے لیے اپنے گھر میں ردوبدل کرنا	☐ ہاں ☐ نہیں	
خاندان کی تربیت/تعلیم	☐ ہاں ☐ نہیں	
مستقبل کی منصوبہ بندی کرنا؛ کیا توقع کی جائے	☐ ہاں ☐ نہیں	

آپ کی ترجیحات، وسائل اور خدمات کیا ہیں؟	تفصیل بیان کریں
جاگنے/سونے کے معمولات (مثلاً، تفصیل بیان کریں کہ آپ کا بچہ آپ کو کیسے بتاتا ہے کہ وہ جاگ رہا/رہی ہے۔ اپنے بچے کے ساتھ دوپہر کی نیند/سونے کے معمولات کی تفصیل بیان کریں، کیا وہ خود بخود سو سکتا/سکتی ہے؟)	
کھانا کھلانے/کھانے کے اوقات کے معمولات (مثلاً، تفصیل بیان کریں کہ آپ کا بچہ کیسے کھاتا پیتا ہے، آپ کو کیسے بتاتا ہے کہ اسے بھوک لگی ہے، اس کی پسندیدہ غذائیں کون سی ہیں، اور کن غذاؤں کو کھانے میں مشکل پیش آتی ہے۔)	
ڈائپر پہنانے/کپڑے پہنانے کے معمولات (مثلاً، تفصیل بیان کریں کہ آپ کا بچہ ڈائپر پہنانے کے دوران کیسا ردعمل ظاہر کرتا ہے؟ کپڑے پہناتے وقت؟)	
اندرونِ خانہ/بیرونِ خانہ کھیلنے کے معمولات (مثلاً، پسندیدہ کھلونے کون سے ہیں؟ کیا باہر جانے سے لطف اندوز ہوتا ہے؟ کھیلنے کے عام معمولات کیا ہیں، وہ کس کے ساتھ کھیلتے ہیں؟)	
نہانے کے معمولات (مثلاً، اپنے بچے کے ساتھ نہانے کے وقت کی تفصیل بیان کریں۔)	
کام کاج/باہر جانے کے لیے تیار ہونے کے معمولات (مثلاً، تفصیل بیان کریں کہ آپ کا بچہ باہر جانے پر یا ایک سرگرمی سے دوسری سرگرمی کی طرف منتقل ہونے کے دوران کیسا رویہ اختیار کرتا ہے۔)	
فیملی ٹائم کے معمولات (مثلاً، آپ کا خاندان ایک ساتھ کیسے وقت گزارتا ہے؟ آپ کا خاندان تفریح کے لیے کیا کرتا ہے؟)	
والد/والدہ/بچے کے تعلقات اور باہمی روابط (مثلاً، تفصیل بیان کریں کہ آپ اپنے بچے کے ساتھ کس طرح بات چیت کرتے ہیں، مصروف رہتے ہیں یا کھیلتے ہیں۔)	
وسائل (مثلاً، خاندان، وسیع تر خاندان، چرچ، WIC، Medicaid، ڈاکٹرز، SSI، وغیرہ۔ آپ کے معاونین کون ہیں؟ آپ کا خاندان EIP کے علاوہ اور کن پروگراموں میں شامل ہے؟ آپ کن وسائل سے رابطہ کرنے میں مدد چاہیں گے؟)	
کیا آپ کے بچے اور خاندان کے حوالے سے اور ترجیحات، وسائل، یا خدمات ہیں جن پر ہم نے تبادلہ خیال نہیں کیا ہے؟ اگر ہاں، تو براہ کرم تفصیل بیان کریں۔	

کیا تشخیص کی کوئی ایسی معلومات ہیں جنہیں آپ تشخیصی رپورٹ میں شامل نہیں کرنا چاہتے اور اپنی IFSP میٹنگ میں اس پر تبادلہ خیال نہیں کرنا چاہتے؟ تفصیل بیان کریں:

آپ کا سروس کوآرڈینیٹر آپ کو دیگر پروگراموں اور خدمات کے بارے میں معلومات اور وسائل فراہم کرے گا جو آپ کے خاندان کی مدد کر سکتے ہیں، بشمول ابتدائی مداخلت کے پروگرام سے باہر کی خدمات۔