

就学前特別支援教育委員会に対する潜在的対象者に関する通知
(Notification of Potential Eligibility to the Committee on
Preschool Special Education (CPSE))

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

就学前特別支援教育委員会 (Committee on Preschool Special Education) への通知日: _____

早期介入プログラム (Early Intervention Program) への紹介日: _____

子どもの名前:

姓: _____ 名: _____

子どもの生年月日: _____ 子どもの年齢 (~歳~か月): _____

親/法定後見人/代理人の名前

姓: _____ 名: _____

電話番号: _____

自宅住所: _____

学区: _____ 郡: _____

早期介入サービスコーディネーター (Service Coordinator): _____

電話番号: _____ Fax番号: _____

就学前特別支援教育委員長 (Chairperson): _____

電話番号: _____ Fax番号: _____

委員長殿

上記の子どもは、就学前特別支援教育サービスの対象となる可能性があります。

サービスコーディネーター: _____ 日付: _____

地元地域の社会福祉 (Social Services) 地区委員 (Commissioner) による保護と監護の対象、または監護と後見の対象となっている子どもについては、早期介入サービスコーディネーターが、その子どもの移行の可能性について、地元の社会福祉地区委員または指定者に通知します。

ケースワーカー氏名: _____

住所: _____

本通知書のコピーが郵送された日付: _____