

日付： \_\_\_\_\_ 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 (Committee on Preschool  
Special Education) 委員長 (Chairperson)： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ Fax番号： \_\_\_\_\_

下記をお読みください

私は、私の子どもが3歳の誕生日以降も引き続きサービスを受けられるようにするためには、子どもが3歳の誕生日を迎える前に、地元の学区（私の子どもが居住する学区）の就学前特別支援教育委員会に紹介され、委員会による評価を受け、就学前特別支援教育サービスの対象であると判断される必要があることを理解しています。

私は、私の子どもが3歳の誕生日を迎えた時点で就学前特別支援教育プログラムおよびサービスの対象であると判断されている場合を除き、私の子どもは早期介入プログラムの対象ではなくなることを理解しています。早期介入プログラムのサービスは、私の子どもが3歳になる前日に終了します。

**移行カンファレンス開催への同意書**

私は、私のサービスコーディネーターが、私のサービスコーディネーターと就学前特別支援教育委員長またはその指定者が含まれた移行カンファレンスを手配し、私の子どもの就学前特別支援教育委員会プログラムおよびサービスオプションへの紹介について話し合い、移行プランを作成することに同意します。  
また、以下の機関または個人の出席についても同意します。 \_\_\_\_\_

私は、早期介入プログラムのサービスコーディネーターによって移行カンファレンスが手配されることを**希望しません**。私は、私の子どもはカンファレンスを行わなくても就学前特別支援教育委員会に紹介され得ることを理解しています。私の子どもが3歳になった後も早期介入プログラムのサービスを受け続けるには、私の子どもが3歳になる前に就学前特別支援教育委員会に紹介され、委員会による評価を受け、サービスを受ける資格があると判断される必要があることを理解しています。

保護者の名前： \_\_\_\_\_

保護者の署名： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_

**ご注意**：記入可能な、「移行カンファレンスの同意書」に保護者が電子署名を行う場合、その署名には、同意書の署名日時を含む電子署名検証マーカー（Adobe Acrobat、DocuSignなどのアプリケーションから利用可能）も含まれている必要があります。この保護手段が利用できない場合は、移行カンファレンスの同意書を印刷し、親または法的保護者がこの紙面の同意書に同意の署名ができるようにする必要があります。

**就学前特別支援教育サービス委員長**

この通知は、就学前特別支援教育サービス委員会の委員長または指定者に対する、以下の日程で開催される早期介入移行カンファレンスへの招待状となります。

日付： \_\_\_\_\_ 時間： \_\_\_\_\_

場所： \_\_\_\_\_

ご都合のよい日時を明記の上、以下の送信先までFAXでご返信ください。 \_\_\_\_\_

参加方法：  電話  出席  参加できない

コピー配布先： 地域の社会福祉（Social Services）  
委員（Commissioner）または指定者： \_\_\_\_\_  
(地域の社会福祉委員の保護下または監護下および後見下にある子どもの場合)