

日期: _____ 转介至早期干预计划 (Early Intervention Program) 的日期: _____

儿童姓名

姓氏: _____ 名字: _____

儿童出生日期: _____ 儿童年龄 (岁-月): _____

家长/法定监护人/代理人姓名

姓氏: _____ 名字: _____

电话号码: _____

家庭住址: _____

学区: _____ 郡/县: _____

早期干预服务协调员 (Service Coordinator): _____

电话号码: _____ 传真号码: _____

学前特殊教育委员会 (Committee on Preschool
Special Education) 主席 (Chairperson): _____

电话号码: _____ 传真号码: _____

请阅读

本人了解, 为确保我的孩子在 3 岁生日当天及之后继续接受服务, 我的孩子必须在 3 岁生日之前被转介至我当地学区 (我孩子居住的学区) 的学前特殊教育委员会, 并由该委员会对我的孩子进行评估, 认定其符合接受学前特殊教育服务的资格。

本人了解, 从我的孩子 3 岁生日起, 我的孩子将不再有资格参加早期干预计划, 除非我的孩子被认定有资格接受学前特殊教育项目和服务。早期干预计划服务将在我孩子满 3 岁的前一天结束。

同意召开过渡会议

我同意我的服务协调员安排一次过渡会议，参会者包括我的服务协调员和学前特殊教育委员会主席或其指定代表，讨论我的孩子被转介到学前特殊教育委员会的计划和选择，并制定过渡计划。

我还同意以下机构或个人出席会议： _____

我不希望我的早期干预计划服务协调员安排过渡会议。本人了解，不经此类会议，我的孩子也可以转介到学前特殊教育委员会。本人了解，我的孩子必须在满 3 岁之前被转介到学前特殊教育委员会并接受其评估，而且该委员会必须认定我的孩子符合接受服务的资格，才能在我的孩子 3 岁之后继续接受早期干预计划的服务。

家长姓名： _____

家长签名： _____

日期： _____

请注意：如果可填写的过渡会议同意书 (Consent Form for Transition Conference form) 包括家长/监护人的电子签名，则该签名还必须包含电子签名验证标记（可通过 Adobe Acrobat、DocuSign 等应用程序获得），其中包括表格上的签名日期和时间。如果没有这种保障，则必须打印过渡会议同意书，以便家长/法定监护人在纸质副本上签字同意。

学前特殊教育服务委员会主席

本通知邀请学前特殊教育委员会主席/指定代表参加将于以下时间举行的早期干预过渡会议：

日期： _____ 时间： _____

地点： _____

请注明您是否有空参加，并回传真至： _____

您将通过以下方式参加： 电话 亲自 无法参加

抄送：当地社会服务 (Social Services) 专员 (Commissioner) /指定代表： _____
(适用于由当地社会服务专员照顾和监护或监护和法定监护的儿童)