

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主席 (Chairperson): _____

电话号码: _____

传真号码: _____

请阅读

本人了解, 学前特殊教育委员会可能会使用我选择共享的评估报告和其它早期干预计划记录, 作为学前特殊教育委员会评估程序的一部分。我决定分享哪些记录 (如果有的话)。如果我同意共享这些记录, 学前特殊教育委员会将对其进行审查, 并决定是否有必要进行其它评估, 以决定我的孩子是否有资格接受学前特殊教育计划和服务。本人了解, 如果学前特殊教育委员会要求更多评估, 学前特殊教育委员会将征求我的意见以便对我的孩子进行评估。本人了解, 如果我不同意学前特殊教育委员会要求的评估, 并且我的孩子没有接受学前特殊教育委员会的评估, 也没有在我的孩子 3 岁生日之前被确定为有资格接受学前特殊教育计划和服务, 那么早期干预计划服务将在我的孩子 3 岁生日的前一天结束。

将早期干预计划评估和计划记录传送给学前特殊教育委员会同意书

我同意我的服务协调员将以下早期干预计划报告和记录转交给我孩子所在学区的学前特殊教育委员会：

我不同意我的服务协调员将早期干预计划记录和报告转交给我孩子所在学区的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 岁生日及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：如果可填写的将 EIP 评估和记录传送给学前特殊教育委员会同意书包括家长/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，则必须打印将 EIP 评估和记录传送给学前特殊教育委员会同意书，以便家长/法定监护人在纸质副本上签字同意。