



버지니아주 영·유아 단체

수신: 가족 _____
 상세주소 _____
 시,주,우편번호 _____

RE: 자녀 이름 _____
 ID 번호 _____

개별화된 가족 서비스 계획 (IFSP) 일정 확인서 ITCV-PS-5(R) 7/10

날짜: _____

_____ 귀하

이전에 의논 드렸던 귀 자녀를 위한 IFSP 팀 회의/재검토 일정이 확정되었음을 알려드립니다. IFSP 팀 회의/재검토는 부모님 가족의 편의에 맞추어 일정을 마련하였으며 필요한 경우 다시 조정해 드릴 수도 있습니다. 확정된 IFSP 팀 회의/재검토 일정은 아래와 같습니다.

날짜	시간	장소

이번 IFSP 팀 회의/재검토의 종류는 아래에 체크 표시된 내용과 같습니다.

최초 연례 회의 6 개월 재검토 기타 _____

이미 논의 드린 바와 같이 IFSP 팀 회의/재검토의 목적은 귀 자녀의 발달과 관련된 정보에 대해 의견을 나누고 귀하의 자녀와 가족에게 적합하다고 팀이 결정한 성과와 전략, 서비스 및 지원 대책 등이 포함된 가족 계획을 개발하는 것입니다. 귀 가족의 필요에 의해 귀하께서 시한을 연장하지 않는 한 최초 IFSP 는 귀하의 자녀를 Part C 에 의뢰한 날로부터 달력을 기준으로 45 일 이내에 완료되어야 합니다. 최초 IFSP 이후에는 반드시 6 개월마다 재검토 회의가 이루어져야 하며, 연례 회의를 반드시 개최하여 IFSP 를 평가하고 필요한 경우 변경해야 합니다.

아래 목록은 IFSP 개발을 위해 정보를 제공하게 될 사람들의 명단입니다. 이들은 실제 회의/재검토에 참석하지 않을 수 있으나 서면이나 구두로 정보를 제공하게 될 것입니다. 제공된 모든 정보는 회의/재검토 자리에서 귀하께 알려드릴 것입니다. 귀하께서는 회의/재검토에 귀하께서 참여를 바라시는 분이라면 누구라도 동행하실 수 있습니다.

명단(개인 또는 서비스 제공 기관)

전문 분야

이 확인서의 내용이나 일정에 대해 문의 사항이 있으시면 전화해 주십시오.

감사합니다.

성명/직책

참조: IFSP 팀원 (위 명단에 기재된 사람)

주: 이 양식은 부모님들께 전달됩니다.

DMH 888E 1048 R7/10

우편 발송 직접 전달