

बच्चा बसोबास गरिरहेको काउन्टी: _____ बालबालिकाको रेफरलको मिति: (मम/दिदि/वववव) _____ / _____ / _____

खण्ड 1: आवश्यक जानकारी (यस बाकसमा चिन्ह लगाएर, नगरपालिकाले उनीहरूले अभिभावक/कानुनी अभिभावकसँग परामर्श लिइएको र उनीहरूले रेफरलमा आपत्ति नजनाएको कुरा रेफरल स्रोतबाट पुष्टीकरण प्राप्त गरेको संकेत गर्दछ)

बालबालिकाको विवरण	बच्चाको नाम: _____ थर _____ नाम _____ बिचको नाम _____	जन्म मिति: (मम/दिदि/वववव) _____ / _____ / _____ मुख्य भाषा वा सञ्चारको मोड: _____
	लिंग: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला बच्चाको ठेगाना: (सडक, अपार्टमेन्ट नं.) _____ बच्चा _____ आमाबाबु/कानुनी अभिभावक _____	जातीयता: <input type="checkbox"/> हिस्प्यानिक वा ल्याटिनो <input type="checkbox"/> हिस्प्यानिक वा ल्याटिनो होइन जाति: (उपयुक्त भएमा एक भन्दा बढी छनोट गर्नुहोस्) <input type="checkbox"/> अमेरिकी आदिवासी वा अलास्का मूल निवासी <input type="checkbox"/> एसियाली <input type="checkbox"/> काला जाति वा अफ्रिकी अमेरिकी <input type="checkbox"/> श्वेत (सेता) <input type="checkbox"/> हवाईका आदिवासी वा प्रसान्त द्वीपवासी
रिफर गर्नुको कारण: (कृपया कुनै एउटामा मात्र चिन्ह लगाउनुहोस्) <input type="checkbox"/> 1. शङ्का गरिएको यो बच्चामा विकासात्मक ढिलाइ वा असक्षमता भएको शङ्का गरिएको हुनाले रिफर गरिएको छ। <input type="checkbox"/> 2. पुष्टी गरिएको यो बच्चामा असक्षमता/अपाङ्गता भएको पुष्टी भएकाले उनलाई रिफर गरिएको (शारीरिक वा मानसिक अवस्था निदान गरिएको जसले विकासात्मक ढिलाइमा योगदान गराउने उच्च सम्भावना छ)। <input type="checkbox"/> 3. जोखिममा यो बच्चालाई हाल असक्षमता भएको शङ्का गरिएको छैन तर उनमा अपाङ्गता हुने जोखिम रहेको हुनाले (जस्तै, नियमावली, CAPTA रेफरलहरू, आदिमा पहिचान गरिएको जोखिम मापदण्डहरू अनुसार), उनलाई रिफर गरिएको छ। <input type="checkbox"/> 4. जोखिममा शिशुले नवजात शिशु श्रवण स्क्रिनिङ पास गरेनन् र आवश्यक फलोअप पनि गरिएन।		
रेफरल स्रोत जानकारी	रेफरल स्रोत जानकारी: नाम _____ थर _____ एजेन्सी/संस्थाको नाम: _____ ठेगाना: _____ टेलिफोन: (_____) _____ - _____ एक्स्टेन्सन _____ फ्याक्स: (_____) _____ - _____ इमेल: _____	रेफरल स्रोतको प्रकार: (कृपया कुनै एउटामा मात्र चिन्ह लगाउनुहोस्) <input type="checkbox"/> आमाबाबु/कानुनी अभिभावक <input type="checkbox"/> परिवारका अन्य सदस्य (स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) _____ <input type="checkbox"/> प्राथमिक बाल स्वास्थ्य सेवा प्रदायक <input type="checkbox"/> अस्पताल वा क्लिनिक <input type="checkbox"/> सामुदायिक कार्यक्रम/ EIP प्रदायक <input type="checkbox"/> अन्य (स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) _____
	आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको नाम: नाम _____ थर _____ घरको नम्बर: (_____) _____ - _____ मोबाइल: (_____) _____ - _____ कार्यस्थल: (_____) _____ - _____ ठेगाना: _____ सडक, अपार्टमेन्ट नं. _____ नगर _____ जिप कोड _____	आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको नाम: नाम _____ थर _____ घरको नम्बर: (_____) _____ - _____ मोबाइल: (_____) _____ - _____ कार्यस्थल: (_____) _____ - _____ ठेगाना: _____ सडक, अपार्टमेन्ट नं. _____ नगर _____ जिप कोड _____
आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको सम्पर्क विवरण	स्याहारकर्ता/वैकल्पिक सम्पर्क व्यक्तिको नाम: नाम _____ थर _____ टेलिफोन नम्बर: (_____) _____ - _____	बच्चसँगको सम्बन्ध: <input type="checkbox"/> हजुरबुबा/हजुरआमा अन्य: _____ <input type="checkbox"/> पालनपोषण अभिभावक

खण्ड 2: निम्न विवरण साझा गर्नका लागि अभिभावकको सूचित, लिखित सहमति लिनुपर्ने छ:

रेफरल स्रोतले उनीहरूले निम्न विवरण र संलग्न कागजातहरू समावेश गर्न अभिभावकको सूचित, लिखित सहमति लिएको पुष्टि गर्दछ।
 रेफरल स्रोतको हस्ताक्षर: _____

रेफरलको कारण बारे अतिरिक्त विवरण:

विकासात्मक सरोकारहरूको बारेमा थप विवरण प्रदान गर्नुहोस्। EIP का लागि बच्चाको योग्यता स्थापित गर्न सक्ने विकासात्मक ढिलाइ हुन सक्ने एक वा बढी विकासात्मक क्षेत्रहरूमा पूरा भएको कुनै पनि परीक्षण र बच्चाका कार्यक्षमताहरू समावेश गर्नुहोस्।

कृपया बच्चामा ढिलाइ देखिएका सबै कार्यात्मक क्षेत्रहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस् (कागजातहरू संलग्न गरिएको छ भने सान्दर्भिक टिप्पणीहरू वा टिपोट समावेश गर्नुहोस्):

- अनुकूलनीय: _____
- संज्ञानात्मक: _____
- सञ्चार: _____
- शारीरिक (सकल र सुक्ष्म मोटर कौशल र दृष्टि, श्रवण, मौखिक मोटर खाने र निल्ले समस्याहरू पर्दछन्): _____
- सामाजिक-संवेगात्मक: _____
- कागजात संलग्न गरिएको छ: _____
- निदान गरिएका अवस्था(हरू) (निदान/अन्तर्राष्ट्रिय रोग वर्गीकरण (International Classification of Diseases, ICD-10) कोडहरू समावेश गर्नुहोस्): _____
- रेफरलसम्बन्धी अतिरिक्त विवरण: _____

आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____ / _____ / _____

कृपया ध्यान दिनुहोस्: यदि भर्न मिल्ने रेफरल फाराममा बच्चाको रेकर्ड/रिपोर्टहरू संलग्न गर्न सहमतिका लागि आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको इलेक्ट्रोनिक हस्ताक्षर समावेश गरिएको छ भने, उक्त हस्ताक्षरमा फाराममा हस्ताक्षर मिति र समय समेटिएको इलेक्ट्रोनिक हस्ताक्षर प्रमाणीकरण मार्कर (एडोब एक्रोब्याट, DocuSign आदि जस्ता अनुप्रयोगहरू मार्फत उपलब्ध छ) समावेश हुनुपर्दछ। यदि त्यो सुरक्षण उपलब्ध छैन र खण्ड 2 का लागि आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको हस्ताक्षर आवश्यक छ भने, आमाबाबु/कानुनी अभिभावकलाई कागजी प्रतिलिपिमा सहमतिका लागि हस्ताक्षर गर्न अनुमति दिन रेफरल फाराम प्रिन्ट गर्नुपर्छ।

अभिभावकको सूचित लिखित सहमति लिएर, कृपया प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रमका लागि योग्यता निर्धारण गर्न मद्दत गर्ने रेकर्ड वा रिपोर्टहरू संलग्न गर्नुहोस्।

Office Use Only

FOR OFFICE USE ONLY

Date Referral Received: _____ / _____ / _____ ISC Requested: _____ Assigned ISC: _____

ISC Agency and Phone: (_____) _____ - _____ Date of ISC Assignment: _____ / _____ / _____

Data Entry Date: _____ / _____ / _____ Due Date for IFSP: _____ / _____ / _____

*यो फाराम भर्दा कृपया निर्देशनहरू हेर्नुहोस्। फाराम बच्चा बसोबास गर्ने काउन्टी/नगरपालिकामा रहेको प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रममा हुलाक, फ्याक्स मार्फत पठाउन वा आफैँ पुऱ्ययाउन सकिन्छ।

रेफरलहरूका लागि उमेरसम्बन्धी मापदण्डहरू:

3 वर्षभन्दा कम उमेरका बच्चाहरूका लागि प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रम (EIP) का लागि रेफरलहरू गर्नुपर्दछ। यदि कुनै बच्चालाई उनको तेस्रो जन्मदिनको 45 दिनभित्र रिफर गरिएको छ र शिक्षा कानून (Education Law) को धारा 4410 अन्तर्गत सेवाहरूका लागि योग्य हुने सम्भावना छ भने, प्रारम्भिक हस्तक्षेप अधिकारी (Early Intervention Official, EIO) ले अभिभावकको लिखित सहमतिमा, बच्चालाई उनी बसोबास गर्ने स्थानीय स्कूल डिस्ट्रिक्टको प्रिस्कूल विशेष शिक्षा समिति (Committee on Preschool Special Education, CPSE) मा रिफर गर्ने छ। EIO ले बच्चाको तेस्रो जन्मदिनको 45 दिनभित्र रिफर गरिएको बच्चाका लागि मूल्याङ्कन, परीक्षा वा प्रारम्भिक व्यक्तिकृत परिवार सेवा योजना (Individualized Family Service Plan, IFSP) बैठक गर्नु आवश्यक छैन।

खण्ड 1:

स्थानीय EIP मा रिफर गर्दा भर्नुपर्ने क्षेत्रहरू समावेश गरिएको छ। रेफरल फाराम खण्ड 1 विवरण सहित मात्र खण्ड 1 पूरा गरेपछि पेस गर्न सकिन्छ। खण्ड 1 मा जानकारी पेस गर्न अभिभावकको सहमति चाहिँदैन। रिफर गर्ने आशयको बारेमा आमाबाबुलाई सूचित गरिनुपर्दछ र यदि कुनै आमाबाबुले आपत्ति जनाएमा, रेफरल गर्न मिल्दैन।

परिशिष्ट 1 हेर्नुहोस्: आमाबाबु/कानुनी अभिभावकले रेफरल गर्ने विषयमा आपत्ति जनाएमा के गर्ने

कृपया रेफरलसम्बन्धी सबै विवरण स्पष्ट बुझिने गरी लेख्नुहोस् वा टाइप गर्नुहोस्।

बच्चा बसोबास गरिरहेको काउन्टी:

बच्चा बसोबास गरिरहेको काउन्टी लेख्नुहोस्। यो EIP रेफरल पठाइने काउन्टी हुने छ।

रेफरल मिति:

यो रेफरल स्रोतले स्थानीय EIP मा रेफरल पेस गर्ने मिति हो। रेफरल मिति सही लेख्नु महत्वपूर्ण छ।

बालबालिकाको विवरण

बच्चाको नाम:

खाली ठाउँहरूमा बच्चाको नाम, थर राख्नुहोस् (बच्चाको थर, बच्चाको नाम र बच्चाको बिचको नाम)। कृपया बच्चाको नामको हिज्जे सही रहे-नरहेको सुनिश्चित गर्नुहोस्। उपनाम प्रयोग नगर्नुहोस्।

जन्म मिति:

बच्चाको जन्म मितिको ढाँचा मम/दिदि/वववव।

बच्चा र आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको मुख्य भाषा वा सञ्चारको मोड:

बच्चा र आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको प्रमुख भाषा वा सञ्चारको मोड लेख्नुहोस्।

लिङ्ग:

बच्चाको लिङ्ग (पुरुष वा महिला) जनाउने बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्।

बच्चाको ठेगाना:

बच्चाको पूरा ठेगाना (कुनै पनि अपार्टमेन्ट नम्बरहरू सहित), शहर र जिप कोड + 4 समावेश गर्नुहोस्।

जातीयता र जाति:

हरेक खण्डका लागि उपयुक्त बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्। बच्चाका लागि एकभन्दा बढी जातीय पदनाम चयन गर्न सकिन्छ।

रिफर गर्नुको कारण:

यस खण्डमा, तपाईं EIP मा रेफरल गरिरहनुभएको कारण छनोट गर्नुहुने छ। तपाईंले **एउटा मात्र कारण चयन गर्नु** महत्वपूर्ण छ।

1. अपाङ्गता भएको शङ्का:

रेफरल स्रोतले रिफर गरिएको बच्चालाई एक वा बढी कार्यात्मक क्षेत्रहरूमा (अनुकूलनशील, संज्ञानात्मक, सञ्चार, शारीरिक (दृष्टि, श्रवण, मौखिक मोटर खाने र निल्ने समस्याहरू लगायत) र सामाजिक भावनात्मक विकासमा अक्षमता/विकासात्मक ढिलाइ भएको शङ्का गरेको छ। अपाङ्गता भएको शङ्का गरिएका बच्चाका लागि रेफरलहरू (विकासात्मक ढिलाइ लगायत) निम्न कुराहरूमा आधारित हुनुपर्ने छ:

- विकासात्मक स्क्रिनिङ वा नैदानिक प्रक्रिया(हरू)का परिणामहरू, प्रत्यक्ष अनुभव, अवलोकन र बच्चाको विकासात्मक प्रगतिसम्बन्धी धारणा;
- अभिभावकले प्रदान गरेको जानकारी जसले विकासात्मक ढिलाइ वा असक्षमताको सङ्केत गर्दछ;
- वा आमाबाबुले त्यस्तो रेफरल गर्न अनुरोध गर्दा।

नोट: अस्पतालबाट डिस्चार्ज हुनु अघि आफ्नो इनपेसेन्ट नवजात श्रवण स्क्रिनिङ पास नगरेका र कुनै पनि आउटपेसेन्ट शिशु श्रवण स्क्रिनिङ पास नगरेका शिशुहरूलाई अपाङ्गता भएको शङ्कास्पद बच्चाका रूपमा अडियोलोजिस्टको विवेकका आधारमा या त पुनः स्क्रिनिङ गर्न या पुष्टीकरण (डायग्नोस्टिक) श्रवण परीक्षण गराउनका लागि EIP मा रिफर गरिन्छ। श्रवणशक्ति कमजोर रहेको शङ्का लागेका शिशु 3 महिनाको हुनु अघि नै नैदानिक श्रवण मूल्याङ्कन गरिनुपर्दछ।

2. असक्षमता पुष्टि भएको:

बच्चालाई EIP मा रिफर गरिएको छ किनभने तिनको शारीरिक वा मानसिक अवस्थाको निदान गरिएको छ, जसको कारणले विकासमा ढिलाइ हुने उच्च सम्भावना छ।

परिशिष्ट 2 हेर्नुहोस्: विकासात्मक ढिलाइको उच्च सम्भावना सहित शारीरिक तथा मानसिक अवस्थाहरूको निदान गरिएको

विकासात्मक अनुगमन (Child Find प्रणाली)

3. जोखिममा:

बच्चामा असक्षमता रहेको निदान भएको छैन र रेफरल स्रोतले बच्चालाई हाल असक्षमता भएको शङ्का गरेको छैन। बच्चालाई अपाङ्गता हुने जोखिम रहेकाले विकासात्मक अनुगमनका लागि रिफर गरिएको छ।

परिशिष्ट 3 हेर्नुहोस्: अपाङ्गताको जोखिममा रहेका बालबालिकालाई रिफर गर्दा निम्न मेडिकल/जैविक वा प्रारम्भिक बाल्यकाल जोखिम मापदण्डका आधारमा गरिनुपर्ने छ

- बाल दुर्व्यवहार रोकथाम तथा उपचार ऐन (Child Abuse Prevention and Treatment Act, CAPTA) रेफरलहरू: संघीय CAPTA अन्तर्गत EIP मा रिफर गरिएका बालबालिका, ढिलाइको आशङ्का नगरिएका वा ढिलाइको उच्च सम्भावना निम्त्याउने कुनै अवस्था रहेको निदान गरिएका बालबालिकालाई जोखिममा रहेको मानिन्छ।

4. नवजात श्रवण स्क्रिनिङ पास नहुनाको कारणले जोखिममा:

यदि शिशु नवजात श्रवण स्क्रिनिङमा पास भएनन् र समयमै आवश्यक फलोअप गरिएन वा प्रारम्भिक श्रवण पहिचान तथा हस्तक्षेप (Early Hearing Detection and Intervention, EMDI) कार्यक्रम अन्तर्गत अभिलेखहरू छैनन् भने त्यस्ता शिशुहरूलाई पनि जोखिममा रहेको कोटीमा रिफर गरिन्छ।

रेफरल स्रोत जानकारी

रेफरल स्रोत:

- रिफर गर्ने व्यक्तिको सम्पर्क विवरण।
- खाली स्थानहरूमा नाम र थर।
- व्यक्ति एजेन्सीका लागि काम गर्ने भए सो एजेन्सी वा संस्थाको नाम उल्लेख गर्नुहोस्।
- ठेगाना उल्लेख गर्नुहोस्।
- आवश्यक भएमा रेफरल स्रोतलाई सम्पर्क गर्न सकिने फोन नम्बर (एक्सटेन्सन सहित) र फ्याक्स नम्बर उल्लेख गर्नुहोस्।
- आवश्यक भएमा रेफरल स्रोतमा सम्पर्क गर्न प्रयोग गरिने इमेल उल्लेख गर्नुहोस्। कृपया ध्यान दिनुहोस्, सुरक्षित स्वास्थ्य विवरण (protected health information, PHI) ईमेल पत्राचारमा समावेश गर्नु हुँदैन। थप जानकारीका लागि अतिरिक्त प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रम (EIP) रेफरल विवरण/स्रोतहरूमा रहेको *Dear Colleague Letter - Clarification to Early Intervention Providers on Parental Consent to Use E-mail to Exchange Personally Identifiable Information* (आदरणीय सहकर्मी - व्यक्तिगत रूपमा पहिचानयोग्य विवरण आदानप्रदान गर्न ई-मेल प्रयोग गर्न अभिभावकको सहमतिसम्बन्धी प्रारम्भिक हस्तक्षेप प्रदायकहरूलाई स्पष्टीकरण) पत्र हेर्नुहोस्।

सबै मुख्य रेफरल स्रोतहरूका लागि परिशिष्ट 4 हेर्नुहोस्

रेफरल स्रोतको प्रकार: तलको सूचीबाट सबैभन्दा मिल्दोजुल्दो(एउटा मात्र छनोट गर्नुहोस्)

- **आमाबाबु/कानुनी अभिभावक**
 - आमाबाबु
 - साथी/आफन्त (स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) यदि सो व्यक्ति कानुनी अभिभावक भएमा
- **परिवारका अन्य सदस्य (स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्)**
 - साथी/आफन्त (स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) यदि सो व्यक्ति कानुनी अभिभावक नभएमा
- **प्राथमिक बाल स्वास्थ्य सेवा प्रदायक**
 - चिकित्सक/बाल रोग विशेषज्ञ
- **अस्पताल वा क्लिनिक**
 - अस्पताल
 - स्वास्थ्य सेवा प्रदायक
 - नवजात शिशु श्रवण स्क्रिनिङ
 - सार्वजनिक/सामुदायिक स्वास्थ्य संस्थाहरू (स्थानीय स्वास्थ्य विभागको क्लिनिक)
- **सामुदायिक कार्यक्रम/EIP प्रदायक**
 - Child Find
 - दिवा स्याहार प्रदायक
 - EIP प्रदायक
 - Head Start कार्यक्रम
 - गृह/नगरपालिका कर्मचारी
 - स्कुल डिस्ट्रिक्ट जसलाई स्थानीय शिक्षा एजेन्सी पनि भनिन्छ
 - स्क्रिनिङ तथा अनुगमन (जोखिममा)
- **अन्य (स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्)**
 - साथी / नातेदार (स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्) यदि साथी भएमा
 - सामाजिक सेवा एजेन्सीहरू
 - अन्य (स्पष्ट उल्लेख गर्नुहोस्)

आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको विवरण

आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको विवरण:

- कृपया विवरण पूर्ण रूपमा भर्नुहोस्।
- कृपया कम्तीमा एक जना आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको सम्पर्क विवरण समावेश गरिएको र पूर्ण रूपमा भरिएको कुरा सुनिश्चित गर्नुहोस्।
- खाली ठाउँहरूमा प्रत्येक आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको थर र नाम, साथै आमाबाबु/कानुनी अभिभावक(हरू) लाई सम्पर्क गर्न सकिने ठेगाना र फोन नम्बरहरू उल्लेख गर्नुहोस्।
- यदि लागू हुने भएमा, बच्चासँग अभिभावकको सम्बन्धमा रहेका व्यक्तिको नाम उल्लेख गर्नुहोस्।

स्याहारकर्ता/वैकल्पिक सम्पर्क व्यक्तिको नाम:

आवश्यक परेमा र लागू हुने भएमा, अर्को व्यक्तिको नाम र सम्पर्क विवरण उल्लेख गर्नुहोस् जसको माध्यमबाट अभिभावकलाई सम्पर्क गर्न सकिने छ।

बच्चासँगको सम्बन्ध:

बच्चासँग यी व्यक्तिको सही सम्बन्ध जनाउने बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्।

बच्चाको नाम:

बच्चाको नाम, थर (बच्चाको थर र बच्चाको नाम) उल्लेख गर्नुहोस्। उपनाम प्रयोग नगर्नुहोस्।

बच्चाको जन्म मिति:

बच्चाको जन्म मितिको ढाँचा मम/दिदि/वववव।

खण्ड 2:

यदि आमाबाबु/कानुनी अभिभावकले यो विवरण समावेश गर्न लिखित सहमति प्रदान गरेको अवस्थामा मात्र यो खण्ड मात्र पूरा गर्न र विवरण पेस गर्न सकिने छ। यस रेफरल फारामको खण्ड 2 मा विवरण भर्ने तपाईंले अभिभावकको लिखित सहमति प्राप्त गर्नुभएको कुरा प्रमाणित गर्न बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस् र EIP का लागि बच्चाको योग्यता स्थापित गर्न प्रयोग गर्न सकिने कुनै पनि अतिरिक्त मेडिकल वा अन्य रेकर्डहरू संलग्न गर्नुहोस्।

चयन गरिएको मूल्याङ्कन एजेन्सीले आवश्यक मूल्याङ्कनको प्रकार निर्धारण गर्न रेफरल विवरण र कुनै पनि संलग्न मेडिकल रेकर्डहरू प्रयोग गर्ने छ। यस रेफरलमा विस्तृत विवरण समावेश गर्नु (आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको लिखित सहमतिमा) महत्त्वपूर्ण हुन्छ। मूल्याङ्कन एजेन्सीले EIP का लागि योग्यता निर्धारण गर्न विस्तृत स्क्रिनिङ र/वा बहु-विधागत मूल्याङ्कन (multidisciplinary evaluation, MDE) वा परीक्षण आवश्यक छ-छैन भनेर निर्धारण गर्ने छ।

रेफरलको कारण बारे अतिरिक्त विवरण:

यस खण्डमा बच्चाको बारेमा सङ्कलन गरिएको कुनै पनि विवरण समावेश गरिने छ जसले बच्चालाई EIP मा रिफर गर्नुको कारणलाई समर्थन गर्दछ। EIP का लागि बच्चाको योग्यता स्थापित गर्न सक्ने विकासात्मक ढिलाइ हुन सक्ने एक वा बढी विकासात्मक सरोकारहरू (सम्पन्न गरिएको कुनै पनि परीक्षण लगायत) र बच्चाका कार्यक्षमताहरूको बारेमा थप जानकारी प्रदान गर्नुहोस्।

कार्यात्मक क्षेत्रहरू:

रेफरल स्रोतले बच्चामा विकासात्मक ढिलाइ देखिएको भनी पहिचान गरेका कार्यात्मक क्षेत्र(हरू) चयन गर्नुहोस्।

- अनुकूलनीय
- संज्ञानात्मक
- सञ्चार
- शारीरिक (सकल र सुक्ष्म मोटर कौशल र दृष्टि, श्रवण, मौखिक मोटर खाने र निल्ने समस्याहरू पर्दछन्)
- सामाजिक-संवेगात्मक

पहिचान गरिएको ढिलाइसँग सम्बन्धित कुनै टिप्पणीहरू समावेश गर्नुहोस् वा कागजात संलग्न गरिएको कुरा उल्लेख गर्नुहोस्।

निदान गरिएका अवस्था(हरू) र अन्तर्राष्ट्रिय रोग वर्गीकरण (International Classification of Diseases, ICD-10) कोडहरू समावेश गर्नुहोस्:

रेफरल स्रोतले बच्चामा निदान गरिएको अवस्था निर्दिष्ट गर्नुपर्ने छ र बच्चाको लागि उपयुक्त हुने अन्तर्राष्ट्रिय रोग वर्गीकरण (ICD-10) निदान कोड समावेश गर्नुपर्ने छ। रेफरल फाराममा एकभन्दा बढी नैदानिक अवस्था र ICD-10 कोड समावेश गर्न सकिने छ।

परिशिष्ट 5 हेर्नुहोस्

नोट: प्रमुख रेफरल स्रोत विकासात्मक ढिलाइ निम्त्याउने उच्च सम्भावना रहेको वा निम्नानुसार EIP योग्यता मापदण्डहरूसँग सुसङ्गत रहेको विकासात्मक ढिलाइ रहेको निदान गरिएको अवस्था भएको बच्चाका आमाबाबुलाई सूचित गर्न जिम्मेवार हुने छ:

1. EIP का लागि योग्यता बहु-विधागत मूल्याङ्कन (MDE) द्वारा निर्धारण गरिन्छ।
2. निदानमा टेवा पुऱ्ययाउन आवश्यक रेकर्ड वा रिपोर्टहरू प्रसारण गर्न वा कुनै अवस्था निदान नगरिएका बालबालिकाको अभिभावक वा अभिभावकहरूको हकमा कार्यक्रमका लागि योग्यता निर्धारण गर्न मद्दत गर्ने रेकर्ड वा रिपोर्टहरू प्रसारण गर्न प्राथमिक रेफरल स्रोतलाई लिखित सहमति प्रदान गर्नुको महत्त्व।

आमाबाबु/कानुनी अभिभावकबाट सूचित लिखित सहमति लिएर:

कृपया EIP का लागि बच्चाको योग्यता निर्धारण गर्न मद्दत गर्ने कुनै पनि मेडिकल वा अन्य रेकर्ड/रिपोर्टहरू संलग्न गर्नुहोस्।

आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको हस्ताक्षर र मिति:

कृपया ध्यान दिनुहोस्: यदि भर्ने मिल्ने रेफरल फाराममा बच्चाको रेकर्ड/रिपोर्टहरू संलग्न गर्न सहमतिका लागि आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको इलेक्ट्रोनिक हस्ताक्षर समावेश गरिएको छ भने, उक्त हस्ताक्षरमा फाराममा हस्ताक्षर मिति र समय समेटिएको इलेक्ट्रोनिक हस्ताक्षर प्रमाणीकरण मार्कर (एडोब एक्रोब्याट, DocuSign आदि जस्ता अनुप्रयोगहरू मार्फत उपलब्ध छ) समावेश हुनुपर्दछ। यदि त्यो सुरक्षण उपलब्ध छैन र खण्ड 2 का लागि आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको हस्ताक्षर आवश्यक छ भने, आमाबाबु/कानुनी अभिभावकलाई कागजी प्रतिलिपिमा सहमतिका लागि हस्ताक्षर गर्न अनुमति दिन रेफरल फाराम प्रिन्ट गर्नुपर्छ।

यसले उनीहरूको बच्चाको मेडिकल विवरण EIP लाई प्रदान गर्न आमाबाबु/कानुनी अभिभावकको सूचित लिखित सहमति जनाउँछ।

FOR OFFICE USE ONLY:

This section is completed by the receiving county.

अतिरिक्त प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रम (EIP) रेफरल विवरण/स्रोतहरू:

प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रम रेफरलहरूको सन्दर्भमा न्युयोर्क राज्य नियमावली तथा जनस्वास्थ्य कानून: जनस्वास्थ्य कानूनको धारा 25 को शीर्षक II-A: <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/PBH/A25T2-A> र 10 NYCRR दफा 69-4.3: रेफरलहरू: <https://regs.health.ny.gov/content/section-69-43-referrals>

आदरणीय सहकर्मी - व्यक्तिगत रूपमा पहिचानयोग्य विवरण आदानप्रदान गर्न इ-मेल प्रयोग गर्न अभिभावकको सहमतिसम्बन्धी प्रारम्भिक हस्तक्षेप प्रदायकहरूलाई स्पष्टीकरण पत्र:

यस कागजातमा EIP मा इमेलको प्रयोग बारे जानकारी समावेश गरिएको छ: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/2009-10_early_intervention_parent_consent_to_use_email.htm

प्रारम्भिक हस्तक्षेप सम्झौतापत्र 94-3: प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रमका लागि रेफरल प्रक्रियाहरू पुनः जारी गरिएको <मम/वववव>। यस कागजातमा रेफरलहरू गर्ने सन्दर्भमा विशेष जानकारी समावेश गरिएको छ: <https://www.health.ny.gov/guidance/oph/cch/bei/94-3.pdf>

रेफरल कहाँ पठाउने:

रेफरलहरू बच्चा हाल बसिरहेको काउन्टीको प्रारम्भिक हस्तक्षेप अधिकारी (EIO) लाई पठाउनुपर्दछ। प्रमुख रेफरल स्रोतहरूले U.S. मेल वा फ्याक्स मार्फत रेफरलहरू पठाउन सक्ने छन्। नगरपालिका/काउन्टी सम्पर्क व्यक्तिहरूको सूची यहाँ फेला पार्न सकिन्छ: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/county_eip.htm

अभिभावकहरूका लागि प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रम बारे जानकारी:

अभिभावकहरूका लागि प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रम बारे जानकारी न्युयोर्क राज्य (NYS) स्वास्थ्य विभागको प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रम वेबसाइटमा अवस्थित छ: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm

निम्न ब्रोसरहरू NYS बासिन्दाहरूका लागि निःशुल्क उपलब्ध छन्:

Early Help Makes a Difference! (सुरुमै मद्दत गर्नले फरक पार्दछ!) (जन्मेदेखि तीन वर्षसम्मका बालबालिकाका लागि विकासात्मक कोशेडुङ्गाहरू हाइलाइट गरिएको ब्रोसर)

Early Intervention Steps: A Parent's Basic Guide to the Early Intervention Program (प्रारम्भिक हस्तक्षेप चरणहरू: प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रमसम्बन्धी अभिभावकको आधारभूत गाइड) (यस पुस्तिकामा प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रमको बारेमा वर्णन गरिएको छ)

नवजात शिशु श्रवण स्क्रिनिङ:

- *Can Your Baby Hear You?* (के तपाईंको बच्चाले तपाईंलाई सुन्न सक्छन्?)
- *Your Baby Passed the Hearing Screening* (तपाईंको बच्चाले श्रवण स्क्रिनिङ पास गरे)
- *Your Baby Needs Another Screening* (तपाईंको बच्चालाई अर्को स्क्रिनिङ गराउनुपर्ने छ)

क्लिनिकल अभ्याससम्बन्धी दिशानिर्देशहरू (न्युयोर्क राज्य दिशानिर्देशहरूले प्रभावकारी अभ्यासहरूका सम्बन्धमा वैज्ञानिक प्रमाण र विशेषज्ञ क्लिनिकल रायमा आधारित सिफारिसहरू प्रदान गर्दछन्):

- *Autism/Pervasive Developmental Disorders- Assessment and Intervention for Young Children* (अटिजम/विस्तृत विकासात्मक विकारहरू- कलिला बालबालिकाका लागि मूल्याङ्कन र हस्तक्षेप) (उमेर 0-3 वर्ष)
- *Communication Disorders- Assessment and Intervention for Young Children* (सञ्चार विकारहरू- कलिला बालबालिकाका लागि मूल्याङ्कन र हस्तक्षेप) (उमेर 0-3 वर्ष)
- *Down Syndrome- Assessment and Intervention for Young Children* (डाउन सिन्ड्रोम- कलिला बालबालिकाका लागि मूल्याङ्कन र हस्तक्षेप) (उमेर 0-3 वर्ष)
- *Hearing Loss- Assessment and Intervention for Young Children* (सुन्ने क्षमतामा कमी- कलिला बालबालिकाका लागि मूल्याङ्कन र हस्तक्षेप) (उमेर 0-3 वर्ष)
- *Motor Disorders- Assessment and Intervention for Young Children* (मोटर विकार- कलिला बालबालिकाका लागि मूल्याङ्कन र हस्तक्षेप) (उमेर 0-3 वर्ष)
- *Vision Impairment- Assessment and Intervention for Young Children* (आँखाको कमजोरी- कलिला बालबालिकाका लागि मूल्याङ्कन र हस्तक्षेप) (उमेर 0-3 वर्ष)

यी स्रोतहरू इलेक्ट्रोनिक ढाँचामा न्युयोर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग (NYSDOH) को प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रम (EIP) को वेबसाइटमा उपलब्ध छन्। न्युयोर्कका बासिन्दाहरूले NYS DOH वितरण केन्द्र मार्फत यी स्रोतहरू निःशुल्क अर्डर गर्न सक्ने छन्। अर्डर फाराम NYSDOHEIP वेबसाइट वा निम्न लिङ्क मार्फत प्राप्त गर्न सकिन्छ: https://www.health.ny.gov/forms/order_forms/eip_publications.pdf

परिशिष्ट 1

आमाबाबु/कानुनी अभिभावकले रेफरल गर्ने विषयमा आपत्ति जनाएमा के गर्ने

प्रमुख रेफरल स्रोतले:

- निजले गरेको रेफरल र फलोअप कार्यहरूमा अभिभावकको आपत्तिको लिखित अभिलेख राख्नुपर्ने छ;
- बच्चामा अपाङ्गता भएको शङ्का गरिएको छ वा बच्चा जोखिममा छन् भने प्रारम्भिक हस्तक्षेप अधिकारी (EIO) को नाम र सम्पर्क विवरण अभिभावकलाई उपलब्ध गराउनुपर्ने छ;
- दुई महिनाभित्र, अभिभावकसँग फलोअप गर्ने उचित प्रयास गर्नुपर्ने छ र यदि उपयुक्त भएमा, आमाबाबुले आपत्ति जनाएमा बाहेक बच्चालाई EIP मा रिफर गर्नुपर्ने छ।

परिशिष्ट 2

विकासात्मक ढिलाइको उच्च सम्भावना सहित निदान गरिने शारीरिक तथा मानसिक अवस्थाहरूमा निम्नलगायत पर्दछन्: (10 NYCRR 69-4.3(f))

- विकासात्मक ढिलाइसँग सम्बन्धित क्रोमोजोममा असामान्य अवस्थाहरू (जस्तै, डाउन सिन्ड्रोम)
 - विकासात्मक ढिलाइसँग सम्बन्धित सिन्ड्रोम र अवस्थाहरू (जस्तै, भ्रूण मदिरा सिन्ड्रोम)
 - स्नायु मस्कुलर डिसअर्डर (जस्तै, सेरेब्रल पाल्सी, स्पाइना बिफिडा, माइक्रोसेफाली वा म्याक्रोसेफाली लगायत केन्द्रीय स्नायु सिन्ड्रोमलाई असर गर्ने कुनै पनि विकार)
 - मस्तिष्कमा ब्याक्टेरिया/भाइरल सङ्क्रमण वा टाउको/स्पाइनल आघातपछि केन्द्रीय स्नायु प्रणाली (central nervous system, CNS) असामान्य अवस्थाको क्लिनिकल प्रमाण
 - सुनाइको कमजोरी (उपचार वा शल्यक्रियाबाट सुधार गर्न नसकिने सुनाइको कमजोरी)
 - आँखाको कमजोरी (उपचार (चश्मा वा कन्ट्याक्ट लेन्स वा शल्यक्रिया लगायत) बाट ठिक गर्न नसकिने आँखाको कमजोरी निदान गरिएको)
 - मनोवैज्ञानिक अवस्थाहरू निदान गरिएको (जस्तै, बाल्यकाल तथा प्रारम्भिक बाल्यकालको प्रतिक्रियात्मक संलग्न विकार)
 - भावनात्मक/व्यवहारजन्य विकार
-

परिशिष्ट 3

अपाङ्गताको जोखिममा रहेका बालबालिकालाई रिफर गर्दा निम्न मेडिकल/जैविक वा प्रारम्भिक बाल्यकाल जोखिम मापदण्डका आधारमा गरिनुपर्ने छः।

नवजात जोखिम मापदण्ड	उत्तर-नवजात जोखिम मापदण्ड	अन्य जोखिम मापदण्ड
<ul style="list-style-type: none"> जन्मजात वजन 1000-1501 ग्राम गर्भावस्थाको उमेर 33 हप्ताभन्दा कम केन्द्रीय स्नायु प्रणालीमा गडबडी वा असामान्य अवस्था (नवजात शिशुमा छोट्टे समस्या, इन्ट्रक्रेनियल रक्तस्राव, 48 घण्टाभन्दा बढी समयसम्म भेन्टिलेटर प्रयोग गर्नुपर्ने, जन्मँदा आघात लगायत) जन्मजात विकृतिहरू एस्फिक्सिया (5 मिनेटमा 3 वा कम एपगर स्कोर) मांसपेसी टोनमा असामान्य अवस्थाहरू (हाइपरटोनिसिटी वा हाइपोटोनिसिटी) हाइपरबिलिरुबिनेमिया (> 20mg/dl) हाइपोग्लाइसेमिया (सीरम ग्लुकोज 20 mg/dl भन्दा कम) वृद्धिको कमी/पोषणसम्बन्धी समस्याहरू (जस्तै, गर्भ रहने उमेरका लागि सानो; खुवाउँदा उल्लेख्य समस्या) जन्मजात मेटाबोलिक विकार (Inborn Metabolic Disorder, IMD) को समस्या प्रसवको समयमा वा जन्मँदा सर्ने सङ्क्रमण (जस्तै, एचआईभी, हेपाटाइटिस बी, सिफिलिस) 10 वा सोभन्दा धेरै दिन नवजात शिशु सघन हेरचाह एकाइ (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) मा अस्पताल भर्ना जन्मपूर्व आमाले मदिरा दुरुपयोग गरेको जन्मपूर्व आमाले अवैध पदार्थको दुरुपयोग गरेको ज्ञात सम्भावित विकासात्मक प्रभावहरू (जस्तै, साइकोट्रोपिक औषधिहरू, एन्टिकन्भल्सेन्ट, एन्टिनोप्लास्टिक) सहित थेराप्युटिक औषधिहरूमा प्रसवपूर्व एक्सपोजर मातृ PKU सिन्ड्रोमल प्रस्तुति वा प्रारम्भिक नवजात शिशु श्रवण स्क्रिनिङको असफलता र बच्चालाई फलोअप स्क्रिनिङको आवश्यकता सहित पारिवारिक इतिहासमा आधारित श्रवणशक्ति गुम्ने जोखिम। अन्धोपन वा आँखाको गम्भीर समस्याको पारिवारिक इतिहास लगायत दृष्टिविहीनताको जोखिम आनुवंशिक सिन्ड्रोमको समस्या जसले विकासात्मक ढिलाइको जोखिम बढाउन सक्छ 	<ul style="list-style-type: none"> विकासात्मक स्थितिको बारेमा अभिभावक वा स्याहारकर्ताको चिन्ता केन्द्रीय स्नायु प्रणालीको विकासमा प्रभाव पार्ने र 10 वा बढी दिनसम्म बाल चिकित्सा सघन हेरचाह इकाईमा अस्पताल भर्ना हुनुपरेको गम्भीर रोग वा दर्दनाक चोट। नसामा उच्च रक्त स्तर (15 mcg/dl मा वा माथि) वृद्धिको कमी/पोषण कार्यक्रम (जस्तै, महत्त्वपूर्ण जैविक वा अजैविक वृद्धिमा कमी, उल्लेख्य आइरनको कमी एनीमिया) दीर्घकालीन वा गम्भीर ओटिटिस मिडिया (कम्तीमा 3 महिनासम्म निरन्तर) एचआईभी सङ्क्रमण बाल हिंसा वा दुर्व्यवहारको सङ्केत गरिएको मामला 	<ul style="list-style-type: none"> जन्मपूर्व हेरचाह नभएको प्रसवपूर्व विकासात्मक असक्षमता वा गम्भीर र निरन्तर मानसिक रोगको निदान जन्मपूर्व लागूपदार्थ दुरुपयोग 6 महिनाको उमेरसम्म बच्चाको राम्रो हेरचाह नभएको वा खोप लगाउन उल्लेख्य ढिलाइ भएको प्रमुख रेफरल स्रोतद्वारा पहिचान गरिएका अन्य जोखिम मापदण्ड

परिशिष्ट 4

प्रमुख रेफरल स्रोतहरू

निम्न प्रमुख रेफरल स्रोतहरूले तीन वर्षभन्दा कम उमेरको र अपाङ्गता भएको वा अपाङ्गताको जोखिममा रहेको शिशु वा बच्चालाई पहिचान गरेको दुई कार्यदिन भित्र, बच्चालाई पहिले नै रिफर गरिएको वा अभिभावकले आपत्ति जनाएको अवस्थामा बाहेक त्यस्तो शिशु वा बच्चालाई नगरपालिकाले तोकेको अधिकारीलाई रिफर गर्नुपर्ने छ:

- उनीहरूलाई इजाजतपत्र, प्रमाणीकरण वा दर्ता गर्ने निकायले अधिकार प्रदान गरेको हृदसम्म सेवाहरू प्रदान गर्ने योग्य कर्मचारीहरू रहेका सबै व्यक्तिहरू
- सबै स्वीकृत मूल्याङ्कनकर्ता, सेवा संयोजक र प्रारम्भिक हस्तक्षेप सेवा प्रदायकहरू
- अस्पतालहरू
- बाल स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरू
- दिवा स्याहार कार्यक्रमहरू
- स्थानीय स्वास्थ्य एकाइहरू (स्थानीय स्वास्थ्य विभाग)
- स्थानीय स्कुल डिस्ट्रिक्टहरू
- बाल कल्याण प्रणाली अन्तर्गतका सार्वजनिक निकाय र कर्मचारीहरू लगायत स्थानीय सामाजिक सेवा डिस्ट्रिक्टहरू
- सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाहरू
- घरेलु हिंसा आश्रय र एजेन्सीहरू
- घरबारविहीन परिवार आश्रयस्थलहरू
- जनस्वास्थ्य कानूनको धारा 28, मानसिक स्वच्छता कानूनको धारा 16 वा मानसिक स्वच्छता कानूनको धारा 31 अन्तर्गत स्वीकृत कुनै पनि क्लिनिकका सञ्चालकहरू

परिशिष्ट 5

प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रमका लागि योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोगका लागि विकासात्मक ढिलाइको उच्च सम्भावना सहित योग्यता निदान गरिएको अवस्थाको रूपमा अन्तर्राष्ट्रिय निदान अवस्था कोडहरू (ICD-10 कोडहरू) को पछिल्लो सूची राखिएको छ र प्रान्तीय प्रारम्भिक हस्तक्षेप डाटा प्रणालीको स्वास्थ्य वाणिज्य प्रणाली (Health Commerce System, HCS) मा पहुँच राख्न सकिन्छ।

HCS र प्रान्तीय प्रारम्भिक हस्तक्षेप डाटा प्रणालीमा पहुँच नहुनेहरूका लागि, यो जानकारी प्रान्तीय वित्तीय अभिकर्ता (State Fiscal Agent) को सार्वजनिक परामर्श समूह (Public Consulting Group, PCG) को वेबसाइट www.eibilling.com मा पनि पहुँच राख्न सकिन्छ। ICD कोडहरूको सबैभन्दा पछिल्लो सूची वेबसाइटको ज्ञानको आधार (Knowledge Base) ट्याबमा खोजी सुविधा प्रयोग गरेर फेला पार्न सकिन्छ।