

ولاية نيويورك
مكتب خدمات الأطفال والأسرة (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
لجنة المكفوفين (COMMISSION FOR THE BLIND)
خطة الخدمات الفردية

الاسم: _____ رقم الحالة: _____ التاريخ: / /

معدلة جديدة

وُضعت معك هذه الخطة من أجل طفلك على أساس معلومات التشخيص التي تشير إلى أنه مصاب بالعمى حسب تعريف القانون. وقد تتغير خطة طفلك عند ظهور معلومات أو ظروف جديدة.

الهدف (الأهداف) المرجوة (ة) من طفلك في الوقت الحالي:

لمساعدة طفلك على تحقيق هدفه (أهدافه)، ستقدم لجنة ولاية نيويورك للمكفوفين (NYSCB) ما يلي:

تاريخ البدء المتوقع	مقدم الخدمة	احتياجات الخدمة
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

تخضع أجزاء من هذه الخطة لحالة توفر الصناديق غير المخصصة لإعادة التأهيل المهني وتوفر المخصصات المماثلة. ستراجع هذه الخطة معك سنويًا على الأقل.

خطة الخدمات المعدلة:

تشتمل حقوقك على ما يلي:

- يحق لك أن تشارك مشاركة كاملة في وضع خطة طفلك.
- يحق لك أن نستشيرك قبل إغلاق حالة طفلك.
- إذا أغلقت حالة طفلك على أساس عدم التأهل، فستتاح لك الفرصة للمشاركة في اتخاذ القرار.
- إذا لم تكن راضيًا عن تلقي طفلك للخدمات أو حرمانه منها بموجب هذه الخطة، فإننا نحتك على مناقشة هذا الأمر مع استشاري الأطفال.
- إذا كنت ما تزال غير راضٍ، فيمكنك طلب مراجعة أولية.
- سنحافظ على سرية جميع المعلومات الشخصية المقدمة لإعادة تأهيل طفلك. إلا أنه قد يُطلب منك التنازل عن السرية وفقًا للسياسات والإجراءات المعمول بها.

تتمثل مسؤولياتك في:

- التعاون في تنفيذ هذه الخطة
- إبقاء استشاري الأطفال على علم بأي تغييرات تؤثر على خطة طفلك، مثل التغييرات التي تطرأ على:
 - العنوان
 - الصحة
 - التأمين الطبي
 - رقم الهاتف
 - توفر مخصصات أخرى

تعليقاتك بشأن الهدف (الأهداف) المرجوة) من طفلك والخدمات التي سيتلقاها:

لقد راجعت هذا البرنامج وأوافق عليه.

التاريخ	توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني	X
التاريخ	توقيع استشاري الأطفال	X
التاريخ	توقيع الطفل (اختياري)	X
التاريخ	توقيع مدير المنطقة (اختياري)	X