| **特殊教育適格聲明****聾或重聽（20）（早期干預）** |
| --- |
|  |
| **兒童姓名** 按或點此處輸入文字。 | **出生日期** 按或點此處輸入日期。 | **日期** 按或點此處輸入日期。 |
|  | **月/日/年** | **月/日/年** |
|  |
| **團隊已取得/進行下列評估，附上評估報告描述並說明結果。** |
| 1. 團隊已審查現有的資料，包含兒童累積紀錄；先前個別教育課程或個別家庭服務計畫；家長/監護人提供的評估及資料；目前教室、地方或州評估；教室觀察；教師及相關服務提供者的觀察；醫療、感覺及健康資料。評估文件包含這些用來決定適格的來源相關資料。 |
|  |  | 按或點此處輸入日期。 |
|  |  | 審查日期 |
| 2. 聽能評估 |
| 按或點此處輸入文字。 | 按或點此處輸入日期。 | 按或點此處輸入日期。 |
| 聽力師 | 處理日期 | 審查日期 |
|  |
|  |
| 3. 僅限傳導性聽力損失：醫療檢查顯示聽力師判定的聽力損失確定是無法治療的。 |
| 按或點此處輸入文字。 | 按或點此處輸入日期。 | 按或點此處輸入日期。 |
| 醫師、專科護理師、醫師助理、自然醫學醫師 | 處理日期 | 審查日期 |
|  |
| 4. 僅限感覺神經性聽力損失：文件顯示聽力師判定的聽力損失確定是感覺神經性的。 |
| 按或點此處輸入文字。 | 按或點此處輸入日期。 | 按或點此處輸入日期。 |
| 聽力師 | 處理日期 | 審查日期 |
|  |
| 5. 必要的話，任何其他決定疑似失能影響的必要評估。 |
| 使用的其他評估工具：按或點此處輸入文字。 |
| 按或點此處輸入文字。 | 按或點此處輸入日期。 | 按或點此處輸入日期。 |
| 審查人員 | 處理日期 | 審查日期 |
|  |
|  |
| **兒童符合下列標準：** |
| [ ]  是 | [ ]  否 | 兒童的聽閾值必須至少一耳25 dBHL或兩耳大於該值或在500 HZ、1000 HZ、2000 HZ、4000 HZ、6000 HZ及8000HZ有更連貫的頻率；或 |
| [ ]  是 | [ ]  否 | 聽力損失是由於聽力師、醫師、專科護理師、醫師助理或自然醫學醫師判定的聽神經光譜障礙（ANSD）或小耳症/閉鎖。 |

| 團隊同意因兒童障礙，兒童[ ]  符合 [ ]  不符合早期干預服務資格。 |
| --- |
| 團隊成員簽名 | 職稱 | 同意 | 不同意 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
|  |
| [ ]  評估報告及適格聲明複本已提供給家長/監護人。 |
| 日期 按或點此處輸入日期。 | 簽名 按或點此處輸入文字。 |
| [ ]  家長/監護人已收到程序性保護措施通知：特殊教育家長權利（出生到3歲）複本。 |
| 日期 按或點此處輸入日期。 | 簽名 按或點此處輸入文字。 |