**早期干預適格聲明（出生至3歲）**

**（肢體障礙70）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 兒童姓名 |  | 出生日期 | |  |
| 學校 |  | 初始適格日期 |  | |

**團隊已取得下列評估（附件1–5）：**

1. 團隊已審查現有的資料，包含家長資料、學生累積紀錄及個別化家庭服務計畫。評估文件包含適格決定使用的原始相關資料。

審查日期

2. 醫療或健康評估聲明指示肢體或神經運動障礙診斷或動作障礙描述：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 醫師、專科護理師或醫師助理 | | 處理日期 | 審查日期 |

3. 標準動作評估，包含精細動作、大肌肉動作及自助方面，如果適當，由肢體或神經運動發展專家評估：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 審查人員 | | 處理日期 | 審查日期 |

4. 評估決定疑似失能的影響：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 審查人員 | | 處理日期 | 審查日期 |

5. 其他必要評估識別兒童的教育需求：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 審查人員 | | 處理日期 | 審查日期 |

**兒童符合下列一項以上標準：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 是 | 否 | 兒童的動作障礙導致動作的品質、速度或準確度不足。精細動作、大肌肉動作及/或自助的這些不足紀錄低於平均2個標準差以上；或 |
| 是 | 否 | 兒童在三項動作方面至少有兩項功能缺陷；及 |
| 是 | 否 | 兒童的症狀是永久性或預期持續60天以上。 |

**團隊同意兒童****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給予家長。