

اسم الطفل / الشاب	تاريخ ميلاد الطفل / الشاب	رقم تعريف ADSA ( Aging & Disability Services ) Administration هيئة خدمات كبار السن ونوبي الإعاقة	تاريخ الاتفاقية
الوالد (الوالدة)/الوصي	القائم الأساسي بالرعاية (إذا كان غير الوالد (الوالدة)/الوصي)		
الوالد (الوالدة)/الوصي	القائم الأساسي بالرعاية (إذا كان غير الوالد (الوالدة)/الوصي)		
<p>أتعهد بالمشاركة الكاملة في برنامج CIIBS (Children's Intensive In-home Behavioral Support)، الدعم السلوكي المكثف في المنزل للأطفال) طوال فترة التحاق طفلي به. سأعمل مع مدير موارد الحالة في DDA لوضع بيان لرؤية عائلية هادفة تُشكل أساس مهمة الفريق. أدرك أنه عند تحقيق الأهداف المنصوص عليها في بيان مهمة الفريق، قد لا يكون من الضروري الاستمرار في التسجيل في إعفاء برنامج CIIBS.</p> <p>أدرك أن برنامج CIIBS سيُجدي أفضل نفع إذا تعاون جميع من يدعمون طفلي. أوافق على المساعدة في تشكيل فريق من الأشخاص الذين سيشاركون في اجتماعات الفريق. أوافق على الاجتماع مع مدير الحالة في DDA شهرياً على الأقل خلال أول شهرين قبل الاجتماع الأول للفريق، والذي سيعقد خلال أول 90 يوماً من التسجيل في إعفاء برنامج CIIBS. سيضم هذا الفريق عائلتي وأصدقائي وأفراد من المجتمع ومقدمي الخدمات وطاقم عمل المدرسة وغيرهم من المختصين المعنيين. بما أن هدف هذا الفريق هو دعم نجاح طفلي، فسأضمن أن يحترم جميع الأعضاء طفلي باعتباره جزءاً من الفريق. سأشجع طفلي على اتخاذ خيارات بشأن ما يحبه وما لا يحبه واحتياجاته وأنشطته واستراتيجياته. سيجتمع الفريق كل ثلاثة أشهر على الأقل بعد ذلك.</p> <p>أدرك أن خدمات إعفاء برنامج CIIBS، وحدها، قد لا تلبّي جميع احتياجات طفلي. قد يساعدني مدير موارد الحالة في DDA في التواصل مع موظفين من خدمات أخرى ضرورية طبيًا، مثل تحليل السلوك التطبيقي، من خلال التأمين الخاص و/أو خطة Medicaid في الولاية. أوافق على تبادل المعلومات بين مدير حالتي في DDA ومقدمي الخدمات المختصين الآخرين المشاركين في معالجة السلوك الصعب لطفلي.</p> <p>أدرك أن إعفاء برنامج CIIBS لن يكون متاحاً لطفلي بعد بلوغه سن 21 عامًا، وأنه سيُطلب مني البدء في التخطيط للانتقال قبل عام من ذلك.</p> <p>أدرك أن جميع المعلومات الشخصية سٌحفظ بسرية تامة. ولن تستخدم التقارير المتعلقة بالبرنامج أسماءً أو أي معلومات أخرى قد تكشف هويتنا.</p> <p>أوافق على أداء دور إيجابي وفعال في دعم طفلي ومعالجة سلوكياته بمساعدة فريق الدعم المتابع لحالته.</p>			
توقيع (توقيعات) الوالد (الوالدة) / الوصي	التاريخ		
توقيع (توقيعات) الوالد (الوالدة) / الوصي	التاريخ		
توقيع القائم الأساسي بالرعاية (إذا كان غير الوالد (الوالدة)/الوصي)	التاريخ		
توقيع القائم الأساسي بالرعاية (إذا كان غير الوالد (الوالدة)/الوصي)	التاريخ		
توقيع الشاب (إذا كان غير الوالد (الوالدة)/الوصي)	التاريخ		
توقيع مدير الحالة / الموارد	تاريخ استلام الاتفاقية		