**Сімейний план дій та огляд - дата:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Повне ім'я:**(Спочатку введіть усіх дітей) | **ДАТА НАРОДЖЕННЯ****Орієнтовна дата народження2****ОСНОВНЕ** | **Стать** | **Член сім'ї?****наприклад, мати, батько, дитина** | **Етнічне походження:** | **Дитячий садок/****Школа/****Коледж**(за наявності) | **Чи є ця дитина частиною оцінки?****Так чи Ні** | **Батьківська відповідальність****Так/Ні** | **Адреса****Номер телефону**(якщо відрізняється) |
|  |  |  | ДИТИНА |  |  |  | н/д |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Як виглядатиме добробут та успіх? (Яких результатів ви бажаєте для дитини/молодої особи?). Цілі добробуту на сторінці 2 повинні бути перенесені безпосередньо з оцінки до Плану дій.** **Дії/завдання для досягнення цілей слід записувати у відповідній колонці. Необхідно узгодити дату перегляду та зафіксувати результати.**

***Це загальний план ранньої допомоги - для дітей з особливими освітніми потребами або інвалідністю (SEND) індивідуальний освітній план (IEP) або інша індивідуальна шкільна документація може бути використана для складання плану дій ранньої допомоги.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Мета благополуччя та успіху**  | **Дії/завдання** | **Хто це буде робити?** | **Коли саме?** | **Прогрес та коментарі щодо дій/завдань***Для заповнення за* **шкалою "Команда навколо сім'ї" (TAF) від 0 до 10***Як справи зараз? 0 - низький* ☹ *рівень 10 - високий рівень* ☺ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Заповнюється в команді "Навколо сім'ї" (TAF) |

**Служби, що підтримують цю дитину/дітей або молоду людину та її сім'ю. Ця інформація повинна бути заповнена для інформування залучених до планування**  установ:*(лікар загальної практики, акушерка, дитячий садок, школа, співробітник з питань доступу та інклюзії, молодіжні організації, інші)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ім'я** | **Агенція** | **Роль** | **Контактна інформація** | **Дата початку роботи** | **Дата закінчення** |
|  |  | Ініціатор оцінки ранньої допомоги ("EHA") / координатор оцінки ранньої допомоги ("EHA") |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Дата наступної команди "Навколо сім'ї" (TAF):**