**تقييم المساعدة المبكرة - علامات الرفاهية والنجاح**

***ملاحظات عن الاستخدام: يجب إكمال هذا النموذج إلكترونيًا، واستخدام المفتاح TAB لإنشاء المزيد من الصفوف في الجداول.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ بدء التقييم** |  | **التاريخ التسجيل** |  | **تم تغيير منسق التاريخ** |  | **تاريخ الإغلاق** |  |

**تفاصيل الطفل / الأطفال. يجب أن يكون الطفل الذي تم تعريفه أولاً على أنه من ذوي الاحتياجات في الصف الأول من الجدول أدناه. يليه الأشقاء ثم أفراد الأسرة والأشخاص المهمون لدى الطفل / الأطفال (مثل الأشقاء، والأبناء الذين لم يولدوا بعد، والوالدين / مقدمي الرعاية، والأجداد، إلخ) مع تضمين تاريخ الميلاد لجميع أفراد الأسرة بما في ذلك الوالدين؛ علاقتهم بالطفل / الشاب والعنوان ورقم الهاتف:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الاسم الكامل**  (أدخل جميع الأطفال أولاً) | **تاريخ البدء**  **تاريخ الميلاد التقريبي 2**  **أساسى** | **الجنس** | **عضو الأسرة؟**  **على سبيل المثال أم، أب، طفل** | **الأصل العرقي** | **حضانة/لمدرسة/كلية** (إذا كان قابلا للتطبيق). | **هل هذا الطفل جزء من التقييم؟**  **نعم أو لا** | **مسؤولية الوالدين**  **نعم/لا** | **العنوان**  **رقم الهاتف**  )إذا كان مختلفًا) |
|  |  |  | الطفل |  |  |  | لا ينطبق |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**شبكة الدعم / الوضع العائلي والمنزل الحالي**

*أخبرنا من هو في شبكة الدعم؟ التاريخ العائلي الشامل مثل تكوين الأسرة بما في ذلك الأشقاء، وغيرهم من البالغين المهمين مثل الأجداد والجيران والأصدقاء؛ أخبرنا من يعيش مع الطفل / الشاب أو من لا يعيش مع الطفل أو الشاب، ولكنه يوفر الدعم للأسرة. يجب أن يكون الممارسون فضوليين من الناحية المهنية.*

|  |
| --- |
|  |

**سبب التقييم**

ملخص لما يُجدي جيد وما يقلقك - ابدأ من العمود الأوسط لتعزيز الإيجابيات

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ما الذي يقلقك/تخشى منه؟** | | | | **ما الذي يُجدي جيدًا/نقاط القوة؟** | | | | | | **كيف ستبدو الرفاهية والنجاح؟ (ما هي النتائج التي تريدها للطفل / الأطفال؟)** | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | |
| **بيان القلق** | | | | | | | **هدف (أهداف) الرفاه** | | | | | | |
| *القياس - على مقياس من 0 إلى 10 حيث يعني 10 أن كل ما يجب أن يحدث للطفل للتمتع بالرفاهية والنجاح يحدث ولا حاجة إلى دعم إضافي و0 يعني أنه لا يوجد شيء لتحسين رفاهته وتقليل المخاوف، أين تقيم الوضع الآن؟* | | | | | | | | | | | | | |
| **0** | **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | | **6** | **7** | | **8** | **9** | **10** | |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **ما هي وجهة نظر الطفل / الشاب؟** |
|  |
| **ما هي وجهات نظر الوالدين / مقدم الرعاية؟** |
|  |

**خطة عمل الأسرة ومراجعتها - التاريخ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الاسم الكامل**  (أدخل جميع الأطفال أولاً) | **تاريخ البدء**  **تاريخ الميلاد التقريبي 2**  **أساسى** | **الجنس** | **عضو الأسرة؟**  **على سبيل المثال أم، أب، طفل** | **الأصل العرقي** | **حضانة/لمدرسة/كلية**  (إذا كان قابلا للتطبيق). | **هل هذا الطفل جزء من التقييم؟**  **نعم أو لا** | **مسؤولية الوالدين**  **نعم/لا** | **العنوان**  **رقم الهاتف**  )إذا كان مختلفًا) |
|  |  |  | الطفل |  |  |  | لا ينطبق |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**كيف ستبدو الرفاهية والنجاح؟ (ما النتائج التي تريدها للطفل/الشاب؟). يجب أن تؤخذ أهداف الرفاهية في الصفحة 2 مباشرة من التقييم إلى خطة العمل.** **يجب تسجيل الإجراءات/المهام لتحقيق الأهداف في العمود المناسب. يجب الاتفاق على تاريخ المراجعة وتسجيل التقدم.**

***هذه هي خطة المساعدة المبكرة الشاملة - للأطفال الذين لديهم خطة تعليمية فردية لاحتياجات تعليمية خاصة واعاقة(SEND) أو سجل مدرسي فردي(IEP) آخر يمكن استخدامه للإبلاغ عن خطة عمل المساعدة المبكرة***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **هدف الرفاهية والنجاح** | **العمل/المهام** | **من سيفعل هذا؟** | **متى؟** | **التقدم والتعليق على العمل / المهام**  *للإكمال على فريق حول الأسرة(TAF)*  **مقياس 0-10**  *كيف تسير الأمور الآن؟* *0 منخفضة* ☹ *10 عالية* ☺ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | تُستكمل على فريق حول الأسرة |

**الخدمات التي تدعم هذا الطفل / الأطفال أو الشاب والأسرة. يجب استكمال هذه المعلومات لإبلاغ التخطيط**

الوكالات المعنية: *(طبيب عام (GP)، وقابلة، وحضانة، ومدرسة، ومسؤول الوصول والإدماج، وتوفير الشباب، أخرى)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الاسم** | **الوكالة** | **الدور** | **بيانات جهة الاتصال** | **تاريخ البدء** | **تاريخ الانتهاء** |
|  |  | مبادر تقييم المساعدة المبكرة / منسق تقييم المساعدة المبكرة |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**تاريخ فريق حول الأسرة التالي:**