**Ocena w zakresie wczesnej pomocy**

**– oznaki dobrostanu i sukcesu**

***Uwaga: Niniejszy formularz należy wypełnić elektronicznie, korzystając z klawisza TAB, aby dodać dodatkowe rzędy w tabeli.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data rozpoczęcia oceny** |  | **Data rejestracji** |  | **Data zmiany koordynatora** |  | **Data zamknięcia** |  |

**Dane dziecka/dzieci. Dziecko, u którego jako u pierwszego wskazano potrzeby, należy wpisać w pierwszym rzędzie tabeli. Następnie jego rodzeństwo i członków rodziny oaz osoby ważne dla dziecka/dzieci (np. rodzeństwo, nienarodzone jeszcze dzieci, rodzice/opiekunowie, dziadkowie itp.); należy podać daty urodzenia wszystkich członków rodziny, w tym rodziców; wskazać relację z dzieckiem, adres oraz numer telefonu.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pełne imię i nazwisko**(najpierw wszystkie dzieci) | **Data ur.****NIEZBĘDNA** | **Płeć** | **Członek rodziny?****Np. matka, ojciec, dziecko** | **Pochodzenie etniczne** | **Przedszkole/****szkoła/college**(jeśli dotyczy) | **Czy dziecko uczestniczy w ocenie?****T lub N** | **Odpowiedzialność rodzicielska****T/N** | **Adres****Numer telefonu**(jeśli inne) |
|  |  |  | DZIECKO |  |  |  | Nie dotyczy |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Sieć wsparcia /obecna sytuacja w rodzinie i domu**

*Kto należy do sieci wsparcia rodziny? Istotne zdarzenia z życia rodziny np. skład rodziny, w tym rodzeństwo i inne ważne osoby dorosłe, np. dziadkowie, sąsiedzi i znajomi; kto mieszka z dzieckiem lub kto z nim nie mieszka, ale zapewnia rodzinie wsparcie. Pracownicy powinni wykazać profesjonalną ciekawość.*

|  |
| --- |
|  |

**Powód przeprowadzenia oceny**

Podsumowanie tego, co dobrze funkcjonuje, oraz tego, co stanowi powód do obaw – należy rozpocząć od mocnych stron, aby podkreślić kwestie pozytywne.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Co stanowi powód do obaw?** | **Co dobrze funkcjonuje/mocne strony?** | **Jak będą wyglądały dobrostan oraz sukces? (Jakich rezultatów dla dziecka oczekujemy?)** |
|  |  |  |
| **Oświadczenie o zagrożeniach** *
*
*
*
 | **Cele w zakresie dobrostanu***
*
*
*
 |
| Skalowanie – *W skali od 0 do 10, gdzie 10 oznacza, że wszystko to, czego wymaga dziecko dla dobrostanu i sukcesu ma miejsce, i nie wymaga ono dodatkowego wsparcia, zaś 0 oznacza, że nie ma nic, co poprawiłoby dobrostan dziecka i ograniczyło powody do obaw, jak obecnie oceniasz sytuację?* |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Jaka jest opinia dziecka?** |
|  |
| **Jaka jest opinia rodzica/opiekuna?** |
|  |

**Plan działania dla rodziny i jego przegląd – Data:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pełne imię i nazwisko**(najpierw wszystkie dzieci) | **Data ur.****NIEZBĘDNA** | **Płeć** | **Członek rodziny?****Np. matka, ojciec, dziecko** | **Pochodzenie etniczne** | **Przedszkole/****szkoła/college**(jeśli dotyczy) | **Czy dziecko uczestniczy w ocenie?****T lub N** | **Odpowiedzialność rodzicielska****T/N** | **Adres****Numer telefonu**(jeśli inne) |
|  |  |  | DZIECKO |  |  |  | Nie dotyczy |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Jak wyglądałyby dobrostan i sukces dziecka? (Jakie rezultaty chcemy osiągnąć dla dziecka?)**

**Cele w zakresie dobrostanu na stronie 2 muszą pochodzić bezpośrednio z oceny i zostać wpisane w plan działania. Działania/zadania, aby osiągnąć te cele należy wskazać w odpowiedniej części tabeli. Należy wskazać datę przeglądu i odnotować postępy.**

***Jest to ogólny plan wczesnej pomocy – w przypadku dzieci z SEND można wykorzystać indywidualny plan edukacyjny (IEP) lub inny zapis indywidualnych danych edukacyjnych, aby uzyskać informacje dla planu wczesnej pomocy.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel w zakresie dobrostanu i sukcesu** | **Działanie/Zadanie** | **Kto je wykona?** | **Do kiedy?** | **Postępy i uwagi odnośnie do zadań/działań***Należy uzupełnić na spotkaniu TAF* **Skala 0 - 10***Jaka jest obecna sytuacja?**0 bardzo zła* ☹ *10 bardzo dobra* ☺ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Należy wypełnić na posiedzeniu TAF  |

**Agencje, które wspierają dziecko i jego rodzinę. Informacje niezbędne dla planowania pomocy.**

Zaangażowane agencje: *(lekarz rodzinny, położna, przedszkole, szkoła, pracownik ds. dostępu i partycypacji, pracownik ds. młodzieży itp.)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Agencja** | **Stanowisko** | **Dane kontaktowe** | **Data rozpoczęcia**  | **Data zakończenia**  |
|  |  | Inicjator oceny EHA /koordynator oceny EHA |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Data kolejnego posiedzenia TAF:**