

任何人都可以推荐年龄在 2 岁 8 个月到 5 岁 10 个月之间的儿童进行筛查。特殊教育评估只能在父母/监护人提供书面同意后开展。

今天日期: \*  
月/日/年

## 儿童信息 (\*表示必填字段)

A

儿童名字 \*

儿童姓氏 \*

出生日期 \*

性别 \*

- 女性
- 男性
- 非二元

种族/民族 (选中任何适用项。) \*

- 亚裔
- 美洲印第安人/阿拉斯加原住民
- 黑人
- 夏威夷原住民/其他太平洋岛民
- 白人

西班牙裔/拉丁裔 \*

- 是
- 否

学校或托儿所类型 \*

- 私立或宗教学校
- 公立特许学校
- 华盛顿特区公立学校
- 未知
- 儿童发展中心
- 未注册

学校或托儿所名称 \*

家长/监护人姓名 \*

与儿童的关系

主要电话 \*

街道地址 \*

其他电话

城市/州/邮编 \*

电子邮件 \*

家长/监护人主要语种 \*

儿童主要语种 \*

推荐原因 \*

被推荐的孩子目前正在接受或曾经接受以下任何服务 (勾选任何适用项。) \*

- 评估 (即: 发育、言语、OT/PT 等)
- 听力和视力筛查
- 发育筛查 (即: ASQ、PEDS、M-CHAT 等)
- IEP
- IFSP
- 服务计划 (ISP)

## 推荐人信息 (仅当您不是父母的情况下才填写。)

**B**

此信息帮助我们为家庭提供服务，但推荐非必需。

推荐人组织

推荐人姓名

推荐人电子邮件

推荐人联系电话

组织电话

## 医护服务提供方 (如果知晓医生信息, 请填写。)

**C**

此信息帮助我们为家庭提供服务，但推荐非必需。

医护服务提供方名称

医护服务提供方电子邮件

医护服务提供方联系电话

## 社会工作者信息 (如果知晓社工信息, 请填写。)

**D**

此信息帮助我们为家庭提供服务，但推荐非必需。

该儿童涉及儿童和家庭服务署 (CFSA) 的工作范畴

社工姓名

社工电邮

社工电话

## 您是通过什么渠道知晓 EARLY STAGES 的?\*

- |                                     |  |                                  |  |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Google 广告  | <input type="checkbox"/> 在线出版广告              | <input type="checkbox"/> 学校      | <input type="checkbox"/> Early Stages 员工 |
| <input type="checkbox"/> LinkedIn   | <input type="checkbox"/> Early Stages 研讨会    | <input type="checkbox"/> 托儿所     | <input type="checkbox"/> 其他 DCPS 员工      |
| <input type="checkbox"/> 巴士或巴士候车亭广告 | <input type="checkbox"/> Early Stages 发育筛查活动 | <input type="checkbox"/> 社工      | <input type="checkbox"/> 朋友或家人           |
| <input type="checkbox"/> 在线出版广告     |  | <input type="checkbox"/> 儿科医生或医生 | <input type="checkbox"/> 其他              |

请将填妥号的表格通过电子邮件发送至 [referral@earlystagesdc.org](mailto:referral@earlystagesdc.org) (首选电邮) 或传真至 **(202) 654-6079**。

**(202) 698-8037** | [info@earlystagesdc.org](mailto:info@earlystagesdc.org) | [www.earlystagesdc.org](http://www.earlystagesdc.org)