



早期干预家庭调查

此次调查的对象是通过马里兰州婴幼儿计划接受早期干预服务的家庭。您的回答将有助于指导我们的工作，以便为儿童及其家庭提供更好的服务、带来更好的结果。

说明：

- 请勿用毡尖笔来填写此表。
- 完整地圈选：这样：● 而非这样：⊗ ⊘

对以下每一陈述，
请选择随后的
选项之一作答：

注意：您可以跳过任何不适用于您家庭的项目。

早期干预服务对您家庭的影响

在过去一年里，早期干预服务给我和/或我的家庭带来了帮助：

非常强烈地反对 强烈反对 反对 赞同 非常强烈地赞同

- 使我的孩子和家庭能够在我的社区参加特定活动。	<input type="radio"/>					
- 使我了解社区的服务。	<input type="radio"/>					
- 使我知道从何处寻求支持以满足我的 孩子 的需求。	<input type="radio"/>					
- 使我知道从何处寻求支持以满足我的 家庭 的需求。	<input type="radio"/>					
- 能得到我的孩子和家庭需要的服务。	<input type="radio"/>					
- 作为家长，对自己的技能更有自信。	<input type="radio"/>					
- 改变了家庭惯例，使我家有特殊需求的孩子从中得益。	<input type="radio"/>					
- 在管理孩子的行为上更有效。	<input type="radio"/>					
- 即便在有压力的情况下，仍能做些对孩子有益的事情。	<input type="radio"/>					
- 觉得自己能够获得孩子和家庭需要的服务和支持。	<input type="radio"/>					
- 了解早期干预系统如何运作。	<input type="radio"/>					
- 能够评估我的孩子正在取得多大的进展。	<input type="radio"/>					
- 感到我的 孩子 会在社区得到接纳和欢迎。	<input type="radio"/>					
- 感到我的 家庭 会在社区得到接纳和欢迎。	<input type="radio"/>					
- 能够与那些为我孩子和家庭服务的人进行更有效的交流。	<input type="radio"/>					
- 了解那些为我孩子和家庭服务的人所起的作用。	<input type="radio"/>					
- 明白我的孩子及家庭在早期干预服务方面的权利。	<input type="radio"/>					
- 能和孩子一起做或为孩子做对其发展有益的事情。	<input type="radio"/>					
- 了解我的孩子的特殊需求。	<input type="radio"/>					
- 觉得我的努力正在使孩子得到帮助。	<input type="radio"/>					
- 当问题出现时，能够拿出解决方案。	<input type="radio"/>					
- 觉得我能处理好作为一个有特殊需求儿童的家长可能面临的挑战。	<input type="radio"/>					

我与孩子的关系：

- 母亲 养父母
 父亲 其他：
 祖父母

儿童首次接受早期干预时的年龄：

- 出生到1岁
 1-2岁
 2-3岁

感谢您的参与！