Self Assessment File Checklist - For Compiling

File No.	Assist. Tech. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Audi-Ology Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Family Training Counsel Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Medical Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Nursing Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Nutrition Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Occupa-tional therapy Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Physical therapy Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Psych. Services Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)		
	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											

	Service Coord. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Social Work services Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Special Instruct. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Speech Lang. Path. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Transport. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Vision Services Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			**IFSP's** Q. 5. (13.) – 7. (20.)			**Transitioning** Q. 8. (21.) – 11. (24.)			
	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	S.Co.	45	Prog.	Tr.	Plan	90	B
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									

Written justification, if not in NE Q. 4. (18.): Yes _____ No _____

Transitioning to Q. 12. (25.): Private Pre. ___ Day Care ___ EHS ___ Home ___ HS ___ Other _____ Other _____

File No.	Assist. Tech. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Audi-Ology Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Family Training Counsel Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Medical Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Nursing Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Nutrition Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Occupa-tional therapy Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Physical therapy Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Psych. Services Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)		
	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE
21																											
22																											
23																											
24																											
25																											
26																											
27																											
28																											
29																											
30																											
31																											
32																											
33																											
34																											
35																											
36																											
37																											
38																											
39																											
40																											

File No.	Service Coord. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Social Work services Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Special Instruct. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Speech Lang. Path. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Transport. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Vision Services Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			**IFSP's** Q. 5. (13.) – 7. (20.)			**Transitioning** Q. 8. (21.) – 11. (24.)			
	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	S.Co.	45	Prog.	Tr.	Plan	90	B
21																									
22																									
23																									
24																									
25																									
26																									
27																									
28																									
29																									
30																									
31																									
32																									
33																									
34																									
35																									
36																									
37																									
38																									
39																									
40																									

Written justification, if not in NE Q. 4. (18.): Yes _____ No _____

Transitioning to Q. 12. (25.): Private Pre. ___ Day Care ___ EHS ___ Home ___ HS ___ Other _____ Other _____

File No.	Assist. Tech. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Audi-Ology Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Family Training Counsel Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Medical Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Nursing Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Nutrition Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Occupa-tional therapy Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Physical therapy Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Psych. Services Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)		
	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE
41																											
42																											
43																											
44																											
45																											
46																											
47																											
48																											
49																											
50																											
51																											
52																											
53																											
54																											
55																											
56																											
57																											
58																											
59																											
60																											

File No.	Service Coord. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Social Work services Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Special Instruct. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Speech Lang. Path. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Transport. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Vision Services Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			**IFSP's** Q. 5. (13.) – 7. (20.)			**Transitioning** Q. 8. (21.) – 11. (24.)			
	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	S.Co.	45	Prog.	Tr.	Plan	90	B
41																									
42																									
43																									
44																									
45																									
46																									
47																									
48																									
49																									
50																									
51																									
52																									
53																									
54																									
55																									
56																									
57																									
58																									
59																									
60																									

Written justification, if not in NE Q. 4. (18.): Yes _____ No _____

Transitioning to Q. 12. (25.): Private Pre. ___ Day Care ___ EHS ___ Home ___ HS ___ Other _____ Other _____

File No.	Assist. Tech. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Audi-Ology Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Family Training Counsel Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Medical Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Nursing Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Nutrition Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Occupa-tional therapy Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Physical therapy Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Psych. Services Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)		
	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE
61																											
62																											
63																											
64																											
65																											
66																											
67																											
68																											
69																											
70																											
71																											
72																											
73																											
74																											
75																											
76																											
77																											
78																											
79																											
80																											

File No.	Service Coord. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Social Work services Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Special Instruct. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Speech Lang. Path. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Transport. Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			Vision Services Q. 1. (15.) – Q. 3. (17.)			**IFSP's** Q. 5. (13.) – 7. (20.)			**Transitioning** Q. 8. (21.) – 11. (24.)			
	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	ID	Del	NE	S.Co.	45	Prog.	Tr.	Plan	90	B
61																									
62																									
63																									
64																									
65																									
66																									
67																									
68																									
69																									
70																									
71																									
72																									
73																									
74																									
75																									
76																									
77																									
78																									
79																									
80																									

Written justification, if not in NE Q. 4. (18.): Yes _____ No _____

Transitioning to Q. 12. (25.): Private Pre. ___ Day Care ___ EHS ___ Home ___ HS ___ Other _____ Other _____