



Plan De Servicios Individualizados Para Familias
En Nebraska (IFSP)

CONFIDENCIAL

Nombre del Niño:	Teléfono:	Domicilio	
Fecha de Nacimiento del Niño(a):		Número de Enfermedad (Medicaid):	
Fecha de Referencia al programa de Intervención a una edad Temprana:	Fecha de consentimiento para la evaluación del niño(a):	Fecha de MDT:	

Family's Language Choice	Fortalezas del Niño y la Familia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--------------------------	--

Padre(s) Guardián:

Nombre:	Teléfono de la Casa	Domicilio, si éste es diferente:	
Posición	Teléfono del Trabajo:	Domicilio, si éste es diferente:	
Nombre:	Teléfono de la Casa	Domicilio, si éste es diferente:	
Posición	Teléfono del Trabajo:	Domicilio, si éste es diferente:	
Nombre:	Teléfono de la Casa	Domicilio, si éste es diferente:	
Posición	Teléfono del Trabajo:	Domicilio, si éste es diferente:	
Nombre:	Teléfono de la Casa	Domicilio, si éste es diferente:	
Posición	Teléfono del Trabajo:	Domicilio, si éste es diferente:	

Si usted tiene alguna pregunta acerca de éste plan o cualquier persona que trabaje con su niño(a), por favor llame:

Coordinador(a) de Servicios Nombre:	Teléfono:	Domicilio de la agencia:	
-------------------------------------	-----------	--------------------------	--

IFSP Fecha de la Junta:

Previa (Fecha Enviada)	Inicial (Fecha Enviada)	Anual (Fecha Enviada)	
Revisión Periódica (Fecha Enviada)			

Nombre del Niño:

FECHA

INTERESES FAMILIARES Y PRIORIDADES DESEADAS:

Nombre del Niño:

FECHA

FORTALEZAS DEL NIÑO Y LA FAMILIA:

Nombre del Niño:

Desarrollo de los Niveles Presentes del Niño(a)

Zona/Fecha de Evaluación Edad del Niño(a)

Vista	años	meses	Habilidades Actuales
Vista (Update)	años	meses	Habilidades Actuales
Oído	años	meses	Habilidades Actuales
Oído (Update)	años	meses	Habilidades Actuales
Estado de Salud	años	meses	Habilidades Actuales
Estado de Salud (Update)	años	meses	Habilidades Actuales

Nombre del Niño:

Desarrollo de los Niveles Presentes del Niño(a)

Zona/Fecha de Evaluación Edad del Niño(a)

Conocimiento/Habilidad de Pensamiento	años	meses	Habilidades Actuales
Conocimiento/Habilidad de Pensamiento (Update)	años	meses	Habilidades Actuales
Habilidades de Comunicación	años	meses	Habilidades Actuales
Habilidades de Comunicación (Update)	años	meses	Habilidades Actuales
Habilidades de Comportamiento Social	años	meses	Habilidades Actuales
Habilidades de Comportamiento Social (Update)	años	meses	Habilidades Actuales

Nombre del Niño:

Desarrollo de los Niveles Presentes del Niño(a)

Zona/Fecha de Evaluación Edad del Niño(a)

Ayuda Personal Habilidades de Adaptación	años	meses	Habilidades Actuales
Ayuda Personal Habilidades de Adaptación (Update)	años	meses	Habilidades Actuales
Habilidades de Movimiento	años	meses	Habilidades Actuales
Habilidades de Movimiento (Update)	años	meses	Habilidades Actuales
Bruto Habilidades de Movimiento	años	meses	Habilidades Actuales
Bruto Habilidades de Movimiento (Update)	años	meses	Habilidades Actuales

Nombre del Niño:

Resultados:

Entusiasmo y recursos del niño(a) y familia relacionados con esta meta:

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado

Cada cuanto tiempo _____ ¿Por quién? _____ El medio usado _____

Plan de Revisión para Estas Metas

Fecha

Comentarios

Cuanto Progreso:

Nombre del Niño:

Resultados:

Entusiasmo y recursos del niño(a) y familia relacionados con esta meta:

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado

Cada cuanto tiempo _____ ¿Por quién? _____ El medio usado _____

Plan de Revisión para Estas Metas

Fecha

Comentarios

Cuanto Progreso:

Nombre del Niño:

Resultados:

Entusiasmo y recursos del niño(a) y familia relacionados con esta meta:

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado

Cada cuanto tiempo _____ ¿Por quién? _____ El medio usado _____

Plan de Revisión para Estas Metas

Fecha

Comentarios

Cuanto Progreso:

Nombre del Niño:

Resultados:

Entusiasmo y recursos del niño(a) y familia relacionados con esta meta:

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado

Cada cuanto tiempo _____ ¿Por quién? _____ El medio usado _____

Plan de Revisión para Estas Metas

Fecha

Comentarios

Cuanto Progreso:

Nombre del Niño:

Resultados:

Entusiasmo y recursos del niño(a) y familia relacionados con esta meta:

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado

Cada cuanto tiempo _____ ¿Por quién? _____ El medio usado _____

Plan de Revisión para Estas Metas

Fecha

Comentarios

Cuanto Progreso:

Nombre del Niño:

Resultados:

Entusiasmo y recursos del niño(a) y familia relacionados con esta meta:

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado

Cada cuanto tiempo _____ ¿Por quién? _____ El medio usado _____

Plan de Revisión para Estas Metas

Fecha

Comentarios

Cuanto Progreso:

Nombre del Niño:

Resultados:

Entusiasmo y recursos del niño(a) y familia relacionados con esta meta:

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado

Cada cuanto tiempo _____ ¿Por quién? _____ El medio usado _____

Plan de Revisión para Estas Metas

Fecha

Comentarios

Cuanto Progreso:

Nombre del Niño:

Resultados:

Entusiasmo y recursos del niño(a) y familia relacionados con esta meta:

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado

Cada cuanto tiempo _____ ¿Por quién? _____ El medio usado _____

Plan de Revisión para Estas Metas

Fecha

Comentarios

Cuanto Progreso:

Nombre del Niño:

Resultados:

Entusiasmo y recursos del niño(a) y familia relacionados con esta meta:

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado

Cada cuanto tiempo _____ ¿Por quién? _____ El medio usado _____

Plan de Revisión para Estas Metas

Fecha

Comentarios

Cuanto Progreso:

Nombre del Niño:

Resultados:

Entusiasmo y recursos del niño(a) y familia relacionados con esta meta:

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado

Cada cuanto tiempo _____ ¿Por quién? _____ El medio usado _____

Plan de Revisión para Estas Metas

Fecha

Comentarios

Cuanto Progreso:

Nombre del Niño:

ELECCIÓN FAMILIAR: Consentimiento para la continuación de los servicios de intervención temprana o el inicio de servicios de educación especial.

Yo/nosotros recibimos una copia del Aviso anual de transición.

Yo/nosotros hemos sido informados sobre las diferencias entre, y el derecho a elegir, Se nos ha informado sobre las diferencias entre, y el derecho a elegir, los servicios de intervención temprana provistos a través de un IFSP bajo la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA) y los servicios de educación especial preescolar provistos a través de un Programa de Educación Individualizado (IEP) bajo IDEA una vez que mi / nuestro hijo cumpla 3 años.

Yo/nosotros entendemos que si yo/nosotros elegimos que nuestro hijo reciba servicios de educación especial a través de un IEP, mi hijo y mi familia ya no recibirán servicios de intervención temprana ni recibirán la coordinación de los servicios de intervención temprana.

Yo/nosotros entendemos que si elegimos que mi/ nuestro hijo continúe recibiendo servicios de intervención temprana a través de un IFSP, en cualquier momento yo/ nosotros podemos elegir recibir servicios de educación especial preescolar en lugar de servicios de intervención temprana.

Yo/nosotros entendemos mi/nuestro consentimiento para la continuación de los servicios de intervención temprana es voluntario y que yo/nosotros podemos revocar el consentimiento en cualquier momento.

- Yo/nosotros aceptamos la continuación de los servicios de intervención temprana para mi / nuestro hijo y familia a través de un IFSP después del tercer cumpleaños de mi / nuestro hijo

- Yo/nosotros solicitamos el inicio de servicios de educación especial preescolar para mi / nuestro hijo y familia a los 3 años o después.

Firma del Padre / Tutor:

Fecha

Firma del Padre / Tutor:

Fecha

Distrito Escolar #	Nombre del Niño:
--------------------	------------------

<input type="checkbox"/> Previa <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Revisión Periódica	Fecha
---	-------

¿Hay algunas condiciones especiales de transportación para éste niño(a)?

LOS SERVICIOS QUE SERAN PROPORCIONADOS PARA REENFORZAR TODAS LAS METAS SON:

Servicio	Lugar (¿Dónde?) ¿Grupo o individual? ¿Entorno natural?	¿Frecuencia? ¿Duración? ¿Método?	Período del servicio ¿Cuándo comenzará y finalizará el servicio?	¿Quién es responsable?

Incluya una justificación de la extensión, si la hay, a la que no se brindará un servicio en un entorno natural.

Nombre del Niño:

OTROS SERVICIOS / APOYOS QUE EL NIÑO / LA FAMILIA RECIBE O NECESITA, PERO NO ES OBLIGATORIO NI FINANCIADO POR EL TEMPRANO PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:

Descripción del servicio	Fecha de inicio / finalización	Persona responsable	Fuente de financiamiento

SERVICIOS DE RENUNCIA AL HOGAR YA LA COMUNIDAD / SOPORTES QUE SE PROPORCIONARÁN PARA APOYAR LOS RESULTADOS DE RENUNCIA:

Servicio	Para ayudar con el resultado	Cuánto cuesta	Fecha de inicio / finalización del servicio	Fuente de financiamiento

Nombre del Niño:

GRUPO DE LA FAMILIA Y DEL NIÑO(A)

Miembros del grupo presentes en la junta <input type="checkbox"/> Previa <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Revisión Periódica				Fecha	
Nombre	Firma	Posición	Domicilio	Teléfono	

Otros quienes sean parte del grupo de la familia y del niño(a):

Nombre	Posición	Domicilio	Teléfono	Inicial de familia para mandar copias

Nombre del Niño:

Padres/Familia CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los servicios de intervención temprana se proporcionarán según lo descrito en el IFSP y deben comenzar a más tardar 30 días a partir de la fecha de mi / nuestro consentimiento por escrito.

Yo/ nosotros entendemos que el IFSP se revisará al menos cada seis (6) meses.

Yo/nosotros entendemos que mi / nuestro consentimiento es voluntario y que yo / nosotros podemos revocar el consentimiento en cualquier momento.

Se nos ha informado sobre la(s) determinación(es) del equipo IFSP en mi / nuestro idioma nativo u otro modo de comunicación.

Yo/nosotros entendemos que podemos aceptar o rechazar cualquier servicio enumerado en el IFSP sin poner en peligro la recepción de otros servicios que aceptamos en el plan. Yo/nosotros entendemos que una copia del IFSP, la evaluación, la evaluación del niño y la evaluación familiar se distribuirán dentro de 7 días.

Yo / nosotros entendemos el plan y los derechos de los padres y damos permiso para implementar este IFSP, y damos consentimiento para todos los servicios en el IFSP.

Firma del Padre/ Tutor	Fecha
Firma del Padre/ Tutor	Fecha

Yo / nosotros no estamos de acuerdo con el IFSP propuesto tal como está escrito. Sin embargo, doy / doy nuestro consentimiento a los siguientes servicios / frecuencia:

Firma del Padre/ Tutor	Fecha
Firma del Padre/ Tutor	Fecha