

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: _____

Padre(s) Guardián:

Nombre: Posición:	Teléfono de la Casa: Teléfono del Trabajo:	Domicilio, si éste es diferente:
Nombre: Posición:	Teléfono de la Casa: Teléfono del Trabajo:	Domicilio, si éste es diferente:
Nombre: Posición:	Teléfono de la Casa: Teléfono del Trabajo:	Domicilio, si éste es diferente:
Nombre: Posición:	Teléfono de la Casa: 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)
 Revisión Periódica _____ / _____ (Fecha Enviada)
 Revisión Periódica _____ / _____ (Fecha Enviada)
 Revisión Periódica _____ / _____ (Fecha Enviada)

Nombre del Niño:

CONFIDENCIAL

FECHA: **INTERESES FAMILIARES Y PRIORIDADES DESEADAS:**

Nombre del Niño:

CONFIDENCIAL

FECHA: FORTALEZAS DEL NIÑO Y LA FAMILIA

DESARROLLO DE LOS NIVELES PRESENTES DEL NIÑO(A)

Zona/Fecha de Evaluación Edad del Niño(a)

Habilidades Actuales

Vista _____ años _____ meses

----- años ----- meses

Oído _____ años _____ meses

----- años ----- meses

Estado de Salud _____ años _____ meses

----- años ----- meses

DESARROLLO DE LOS NIVELES PRESENTES DEL NIÑO(A)

Zona/Fecha de Evaluación Edad del Niño(a)		Habilidades Actuales
_____	_____ años _____ meses	_____
Conocimiento/ Habilidad de Pensamiento		_____
_____	_____ años _____ meses	_____

_____	_____ años _____ meses	_____
Habilidades de Comunicación		_____
_____	_____ años _____ meses	_____

_____	_____ años _____ meses	_____
Habilidades de Comportamiento Social		_____
_____	_____ años _____ meses	_____

DESARROLLO DE LOS NIVELES PRESENTES DEL NIÑO(A)

Zona/Fecha de Evaluación Edad del Niño(a)

Current Abilities

Ayuda Personal _____ años _____ meses

Habilidades de Adaptación

_____ años _____ meses

_____ años _____ meses

Habilidades de Movimiento

_____ años _____ meses

Bruto _____ años _____ meses

Habilidades de Movimiento

_____ años _____ meses

Nombre del Niño:

CONFIDENCIAL

RESULTADOS:

Resultado:

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

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado _____ por _____ a través de _____
(Cada cuanto tiempo) (¿Por quién?) (El medio usado)

Plan de Revisión para Estas Metas

Fecha:

Comentarios:

Cuanto Progreso:

Nombre del Niño:

CONFIDENCIAL

RESULTADOS:

Resultado:

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

¿Qué se hará y quien lo hará?

El progreso será revisado _____ por _____ a través de _____
(Cada cuanto tiempo) (¿Por quién?) (El medio usado)

Plan de Revisión para Estas Metas

Fecha: _____ Comentarios: _____

Cuanto Progreso: _____

Distrito Escolar #

Nombre del Niño:

CONFIDENCIAL

IFSP PLAN DE TRANSICIÓN

Fecha de la conferencia de transición:

Fecha Estimada para la Transición:

¿Qué se necesita hacer?

¿Quién es responsable?

Limite de tiempo

Fecha en que se completo

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:

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

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: _____