

SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DE KERN

- CENTRO REGIONAL DE KERN - (661) 327-8531 • FAX (661) 327-8676
- SELPA DEL DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE BAKERSFIELD - (661) 631-5850 • (661) FAX 631-3289
- CONSORCIO SELPA DEL CONDADO DE KERN - (661) 636-4817 • FAX (661) 636-4810
- SELPA DE SIERRA SANDS - (760) 375-3363 • FAX (760) 375-3338

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

Para los bebés y niños pequeños con necesidades especiales (desde el nacimiento hasta cumplir los tres años) y para sus familias.

El IFSP inicial debe ser preparado anualmente y debe ser revisado cada seis meses o más frecuentemente si las condiciones lo indican o si la familia lo pide. También puede ser revisado cuando ocurran importantes cambios (por ejemplo: salida del hospital). El IFSP debe incluir pasos para apoyar la transición del niño, y la familia, al llegar a los tres años.

FECHAS DE LA JUNTA IFSP

Fecha de la junta de este IFSP _____
 Inicial Anual 3-años/Especial

Fecha proyectada - Revisión de 6 meses _____

Fecha proyectada - Revisión anual _____

Fecha proyectada de transición _____

Fecha tentativa de salida _____
 (no más tarde de los 3 años de edad)

PARTE I: INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del niño:

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____ M / F

Fecha de nacimiento: _____ C.A. _____ Grupo étnico: _____

Idioma principal del niño: _____ Idioma principal del hogar: _____

Seguro Social #: _____ SELPA ID #: _____ UCI#: _____

El niño vive con: _____ Parentesco*: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfonos: casa(____) trabajo (____)

Dirección para la correspondencia: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono para recados: (____) (Persona: _____)

Distrito escolar donde reside: _____ ***Si el niño no vive con los padres o tutores legales, adjunte los formularios de identificación de los padres sustitutos asignados.**

=====

El coordinador del servicio IFSP será: Si hay preguntas/inquietudes favor de llamar al coordinador del servicio IFSP.

Nombre: _____ Organización: _____ Teléfono: (____) _____ Fecha del nombramiento: _____

Estoy de acuerdo que continúe el coordinador interino actual _____
iniciales del padre/tutor

PARTE II: PRIORIDADES, INQUIETUDES Y RECURSOS DE LA FAMILIA (relacionados al niño con necesidades especiales)

Prioridades de la familia: _____

Preocupaciones de la familia: _____

Recursos de la familia: _____

Información dada por: _____