PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

Fecha:_____/_____/_____

PARTE VI: SERVICIOS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Relacionado al resultado #	Servicio	Frecuencia y duración	I/G	Ubicación (considera los ambientes naturales)	S/N	Fecha para empezar	Fecha en que se anticipa terminar	Proveído por LEA/KRC	Designación de Servicio

El equipo de IFSP ha determinado que éste servicio no será proveído en un ambiente natural porque:

TIPO I=Individual G=Grupo
UBICACIÓNS=Si N=No - requiere explicación
AGENCIA LEA = Las escuelas KRC = Centro Regional de Kern
DESIGNACIÓN Dictado = Intervención Temprana Dictado por el estado = O No dictado = N

NOMBRE DEL NIÑO_____