

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PARTE IX: APROBACIONES DEL EQUIPO IFSP**

**FAMILIA:**

\_\_\_\_ Yo/Nosotros hemos tenido la oportunidad de ayudar a desarrollar este Plan de Servicio Individualizado Familiar (IFSP) de \_\_\_\_ (total de páginas).

\_\_\_\_ Yo/Nosotros hemos sido informados y se nos han explicado nuestros derechos bajo este programa. Yo/Nosotros damos nuestro consentimiento para que los proveedores de servicios enlistados lleven a cabo el plan.

\_\_\_\_ Yo/Nosotros hemos tenido la oportunidad de ayudar a desarrollar este Plan de Servicio Individualizado Familiar (IFSP) y hemos recibido una copia del plan y de nuestros derechos. Sin embargo, en este momento yo/nosotros no damos permiso para que se lleven a cabo los siguientes servicios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Yo/Nosotros entendemos que el niño/a no es elegible para el Programa de Servicios de Intervención Temprana. Yo/Nosotros hemos sido informados de nuestros derechos para revisión.

\_\_\_\_ El folleto de la conexión de H.E.A.R.T.S. /FRC y la información fue proveída.  
 Los padres piden que se les de una referencia ahora  no  si  
 Si es así, la siguiente información será proveída: nombre, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono, diagnóstico y el nombre de los padres.

\_\_\_\_ Yo/Nosotros hemos sido informados que el uso de aseguranza privada familiar para pagar por la evaluación, prueba y los servicios requeridos de intervención temprana del Centro Regional Kern será voluntario.

\_\_\_\_ Yo/Nosotros hemos el calendario escolar.

Padre/Tutor legal	Fecha
Padre/Tutor legal	Fecha

**OTROS PARTICPANTES DEL IFSP:**

Las siguientes personas/agencias participaron en el desarrollo del IFSP ya sea al asistir a la junta o al contribuir su opinión por teléfono o por escrito y al estar de acuerdo en llevar a cabo y aplicar su rol en la provisión de los Servicios de Intervención Temprana.

NOMBRE/ROL	AGENCIA	ASISTIÓ A LA JUNTA SI NO*	FECHA
_____	_____	S N	_____
_____	_____	S N	_____
_____	_____	S N	_____
_____	_____	S N	_____
_____	_____	S N	_____
_____	_____	S N	_____
_____	_____	S N	_____
_____	_____	S N	_____
_____	_____	S N	_____
_____	_____	S N	_____
_____	_____	S N	_____

\*SI NO, LA INFORMACIÓN FUE PROVEÍDA POR TELÉFONO O ESCRITA (LA PERSONA RECIBIENDO LA INFORMACIÓN DEBE DE PONER SUS INICIALES EN LA COLUMNA).  
 El padre/Tutor legal, ha pedido una traducción del IFSP  Sí  No Lenguaje: \_\_\_\_\_