

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 ENMIENDAS/CAMBIOS

Para bebés y niños pequeños (desde el nacimiento hasta cumplir los tres años) con necesidades especiales y 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 ocurren 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 LAS JUNTAS IFSP

- Fecha de la junta de este IFSP _____
- Fecha proyectada de revisión anual _____
- Fecha proyectada de transición _____
- Fecha tentativa de salida _____
(a no más tardar de los 3 años de edad)

**CAMBIOS Y AGREGADOS AL PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR (IFSP)
ENMIENDA DEL IFSP PREPARADO EN FECHA _____
LA FECHA DE HOY ES _____**

Nombre del niño:

Nombre: _____ 2do Nombre: _____ Apellido: _____ M / F

Fecha de nacimiento _____ Idioma principal del hogar: _____

Idioma principal del niño: _____ Grupo étnico: _____

Seguro social #: _____ SELPA ID #: _____ UCI#: _____

El niño vive con: _____ Parentesco*: _____

Domicilio: _____

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

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.**

=====

COORDINADOR DE SERVICIOS IFSP

Nombre: _____ Organización: _____ Estoy de acuerdo en que continúe el coordinador de Servicios actual: _____

=====

CAMBIO DE INFORMACIÓN

Información sobre el niño o la familia
(Cambio anotado arriba en _____)

Estado inactivo a partir de _____
 Ya no es elegible _____ fecha

Cambio de Coordinador de IFSP
Nombre _____
Organización _____
Teléfono _____

Transición (edad de 3 años)
 Se mudó fuera del condado
 Cancelación hecha por los padres
 Paradero desconocido
 Otro (especifique) _____

=====

REVISIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

Tipo de revisión: Periódica
 Solicitada por los padres
 Solicitada por una organización
 Transferencia (adjunte IFSP previo)

Estado de la Revisión: Continuar el IFSP
 Modificar el IFSP (especifique)
 Terminar el IFSP

MODIFICACIONES DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR:

- Resultados agregados/cambiados (formularios de nuevos resultados adjuntos)
- Servicios específicos de Intervención Temprana comenzados/agregados/cambiados/terminados (especificados en la página siguiente)

CATEGORIAS DE ELIGIBILIDAD PREVIA:

- LEA Centro Regional

NOMBRE DEL NIÑO _____

Página ____ de ____