PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR

Fecha:_____/_____/_____

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	Tipo de servicio

*Determinación del medio ambiente natural

TIPO I=Individual G=Grupo

UBICACIÓN Y=Si N=No - requiere explicación

AGENCIA LEA = Las escuelas KRC = Centro Regional de Kern

DESIGNACIÓN Dictado = H Intervención Temprana Dictado por el estado = O No dictado = N

APROBACIONES DEL EQUIPO IFSP PARA LOS CAMBIOS/AGREGADOS

FAMILIA:

- ☐ Yo/Nosotros participamos en la revisión de este Plan Individualizado de Servicio Familiar (IFSP), comprendemos y aprobamos los agregados/cambios (Adjunte copia del IFSP con fecha de_____.)
- ☐ Yo/Nosotros participamos en la revisión de este Plan Individualizado de Servicio Familiar (IFSP). Sin embargo, yo/nosotros no aprobamos en este momento los agregados/cambios mencionados arriba.
- ☐ Yo/nosotros comprendemos que el niño/a no es elegible para los servicios del Programa de Intervención Temprana en este momento. Yo/nosotros hemos sido informados de nuestros derechos de tener una revisión.
- ☐ 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.

_____ _____

Madre/Tutora legal Fecha

_____ _____

Padre/Tutor legal Fecha

Los padres no pudieron asistir a este IFSP porque _____

_____

Información adicional/acción tomada: _____

_____

_____

OTROS PARTICIPANTES DEL IFSP:

Los siguientes individuos/organizaciones participaron en los agregados/cambios y están de acuerdo con llevar a cabo el plan modificado según se relaciona con su papel al proporcionar Servicios de Intervención Temprana de IDEA Parte C.

NOMBRE/ROL	AGENCIA	ASISTIÓ A LA JUNTA SI NO ES ASI*	FECHA
_____		SI NO	_____
_____		SI NO	_____
_____		SI NO	_____
_____		SI NO	_____
_____		SI NO	_____

*SI NO ES ASI, PROPORCIONÓ INFORMACIÓN POR TELÉFONO O POR ESCRITO (LA PERSONA QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN DEBE PONER SUS UNICIALES EN LA COLUMNA).