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 ◆ FAX (661) 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

APROBACIÓN PARA UNA EXTENSIÓN DE TIEMPO

PARA: _____
padres/tutores

de: _____Fecha de nacimiento: _____

Se ha recibido una recomendación para realizar una evaluación y asesoramiento para considerar a su niño para los servicios del Programa de Intervención Temprana. No será posible completar la evaluación dentro del tiempo requerido porque:_____
_____
_____

Se espera que la evaluación y la junta del Plan Individualizado de Servicios Familiares tenga lugar para el_____. Se le enviará una notificación de esta junta aproximadamente dos semanas antes de la fecha.

Su firma dará la aprobación para la extensión de tiempo necesaria para completar este proceso.

Si usted tiene preguntas adicionales, o si no aprueba este pedido de extensión, por favor llame a:

_____ o _____
Coordinador de Evaluaciones del Centro Regional de Kern *Coordinador de Evaluaciones del Programa Escolar*
en *en*
_____ _____

_____
Firma de los padres/tutores

_____
Fecha

Fecha de la referencia_____
Permiso para la evaluación _____
Fecha del IFSP (45 días) _____
Extensión de _____ días a _____
Fecha de la aprovación_____

Blanco: LEA Amarillo: Centro Regional de Kern Rosa: Padres o tutores legales
SE:H12-S Rev. 10/08