

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 DEL DISTRITO ESCOLAR DE SIERRA SANDS - (760) 446-8073 • FAX (760) 446-8074

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:

Coordinador de Evaluaciones del Centro Regional de Kern
en

O

Coordinador de Evaluaciones del Programa Escolar
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 aprobación _____