



Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) del Sistema de Intervención Temprana de Alabama (AEIS) Parte C

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento del menor: _____ Plan Inicial Plan anual

Programa: _____ Coordinador del servicio: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de la reunión de IFSP: _____ Inicial Anual Fechas de inicio/fin: _____ / _____

Criterio de elegibilidad: Diagnóstico elegible _____ Retraso en el desarrollo

Nivel de desarrollo actual del niño: (✓ confirmado un 25% de retraso o más)
 Físico Cognitivo Comunicación Adaptación Social o emocional Vista Audición

Padre/madre/cuidador: _____ Correo electrónico: _____

Nº de contacto: _____ Nº alternativo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: AL CP: _____ Condado: _____

El menor tiene Medicaid Nº _____ EPSDT Seguro privado AllKids No tiene cobertura

Vital Message suministró y revisó con la familia la fecha en la que se envió el IFSP (pares y cuidadores): _____ por correo
 entregado en mano por correo electrónico

(Puede recibir una copia mecanografiada de este IFSP)

Revisaremos el progreso de su hijo, modificaremos los servicios del plan o agregaremos información nueva según sea necesario. Puede solicitar una revisión en cualquier momento, y las revisiones solicitadas se basarán en las fechas *objetivo* que se indican debajo. (§303.342)

<p>Revisión a los seis meses: Fecha: _____ Fecha en que se completó: _____</p>	<p>Objetivo: debatir sobre el progreso, evaluar el progreso y modificar el plan de ser necesario</p>
<p>Revisión anual (personal): Fecha: _____</p>	<p>Objetivo: debatir sobre el progreso, evaluar el progreso y modificar el plan de ser necesario</p>
<p>Planificación de la transición a los 27 meses o en la planificación inicial si el menor tiene 27 meses: Fecha: _____ Fecha en que se completó: _____</p>	<p>Objetivo: debatir si su hijo continuará alcanzando su máximo potencial cuando cumpla los 3 años. Debatir sobre la notificación a la agencia de educación local (preescolar) u otros lugares de la comunidad.</p>
<p>Reunión de planificación de la transición con AEL antes de los 33 meses, a menos que los padres opten por la exclusión voluntaria: _____</p>	<p>Objetivo: hablar sobre las necesidades educativas preescolares de su hijo y presentarle a su familia el personal del sistema escolar, <u>O</u> reunirse con una agencia de colocación comunitaria alternativa de su elección.</p>



Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) del Sistema de Intervención Temprana de Alabama (AEIS) Parte C

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento del menor: _____ Plan Inicial Plan anual

Fecha	Fecha en que se completó

INFORME DE EVALUACIÓN FAMILIAR VOLUNTARIA AEIS (agregar páginas según sea necesario)

Las regulaciones federales requieren de la utilización de una herramienta de evaluación familiar y también una entrevista [§303.321(c)(2)(iii)]. Este proceso identifica recursos, prioridades e inquietudes y los recursos de apoyo y servicios necesarios para mejorar la capacidad que tiene la familia de satisfacer las necesidades de desarrollo de su hijo/a.

Elijo participar voluntariamente _____ (inicial del padre/madre) Elijo no participar _____ (inicial del padre/madre)

RECURSOS PARA LA FAMILIA: (amigos, oportunidades de recreación, familiares, guardería, clínicas, agencias, etc.). La intervención significa ayudarle a mejorar el desarrollo de su hijo/a y mejorar sus vidas. Los recursos de apoyo existentes pueden jugar un papel fundamental en su plan familiar. *indique cualquier cambio realizado en la revisión de los 6 meses o en una revisión adicional

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

INQUIETUDES Y PRIORIDADES DEL MENOR/LA FAMILIA: (Ejemplo: “por la mañana, es un caos preparar a mi hijo/a para su día”, “mi hijo/a se siente frustrado porque no puede expresar lo que desea”). Para que sepamos en qué ayudarle a trabajar, describa qué le preocupa más sobre su hijo/a o sobre su situación familiar durante las rutinas cotidianas (comer, tomar un baño, etc.) o de su familia (viajes, compras, iglesia, etc.) y la importancia de abordar cada cuestión.

- | | |
|----------|---------|
| 1. _____ | # _____ |
| 2. _____ | # _____ |
| 3. _____ | # _____ |
| 4. _____ | # _____ |
| 5. _____ | # _____ |
| 6. _____ | # _____ |
| 7. _____ | # _____ |
| 8. _____ | # _____ |

INQUIETUDES AGREGADAS EN LA: REVISIÓN A LOS 6 MESES o en la REVISIÓN ADICIONAL

- | | |
|----------|---------|
| 1. _____ | # _____ |
| 2. _____ | # _____ |
| 3. _____ | # _____ |



Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) del Sistema de Intervención Temprana de Alabama (AEIS) Parte C

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento del menor: _____ Plan Inicial Plan anual

PÁGINA SOBRE SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA (agregar páginas si es necesario)

Coordinación del servicio: Fecha inicio: _____ Fecha fin: _____ Frecuencia/duración: _____/_____
 Entorno: _____ Pagador/es potencial/es de los servicios: (1) _____ (2) _____ Intensidad: Individual
 Método: Servicio directo para el menor/la familia Apoyo/información para la familia

<p>Servicio de IT: _____</p> <p>Intensidad <input type="checkbox"/> Ind. <input type="checkbox"/> Grupal</p> <p>Fecha de inicio/fin: _____</p> <p>Método: <input type="checkbox"/> Servicio directo para el menor/la familia <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Apoyo/información para la familia</p> <p>Pagador/es potencial/es de los servicios: (1) _____ (2) _____ (Evaluaciones a expensas de fondos públicos)</p> <p>Entorno: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio/s de intervención temprana en un entorno natural</p> <p><input type="checkbox"/> Justificación si no es en un entorno natural</p>	<p>La firma del padre/madre indica el consentimiento escrito para un cambio en el servicio de IT determinado en la siguiente revisión:</p> <p><input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> adicional</p> <p><input type="checkbox"/> Agregar nuevo servicio</p> <p>-----</p> <p>Firma del padre/madre/Fecha</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio: _____</p> <p>Fechas de inicio/fin: _____ / _____</p> <p>-----</p> <p>Firma del padre/madre/Fecha</p> <p><input type="checkbox"/> fin servicio: _____ (fecha de entrada en vigencia)</p> <p>-----</p> <p>Firma del padre/madre/Fecha</p>
<p>Servicio de IT: _____</p> <p>Intensidad <input type="checkbox"/> Ind. <input type="checkbox"/> Grupal</p> <p>Fecha de inicio/fin: _____</p> <p>Método: <input type="checkbox"/> Servicio directo para el menor/la familia <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Apoyo/información para la familia</p> <p>Pagador/es potencial/es de los servicios: (1) _____ (2) _____ (Evaluaciones a expensas de fondos públicos)</p> <p>Entorno: _____</p>	<p>La firma del padre/madre indica el consentimiento escrito para un cambio en el servicio de IT determinado en la siguiente revisión:</p> <p><input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> adicional</p> <p><input type="checkbox"/> Agregar nuevo servicio</p> <p>-----</p> <p>Firma del padre/madre/Fecha</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio: _____</p> <p>Fechas de inicio/fin: _____ / _____</p> <p>-----</p> <p>Firma del padre/madre/Fecha</p>



Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) del Sistema de Intervención Temprana de Alabama (AEIS) Parte C

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento del menor: _____ Plan Inicial Plan anual

<input type="checkbox"/> Servicio/s de intervención temprana en un entorno natural <input type="checkbox"/> Justificación si no es en un entorno natural	Firma del padre/madre/Fecha <input type="checkbox"/> fin servicio: _____ (fecha de entrada en vigencia) _____ Firma del padre/madre/Fecha
---	--

PLANIFICACIÓN DE LA TRANSICIÓN

La planificación de la transición comienza no antes de los 9 meses previos a que un niño cumpla los 3 años de edad (a los 27 meses o en la reunión inicial del IFSP). Las fechas objetivo se basan en el momento en el cual un menor ingresa a AEIS. La Agencia de Educación Local (AEL) recibe una notificación y se programa una reunión para debatir sobre la transición, a menos que el padre/madre se dé de baja en 10 días (un plan siempre se hace por escrito para reflejar la opción del padre/madre). (§303.209)

Fecha objetivo: (27 meses)_____ Se informa al padre/madre sobre el proceso de transición y cómo éste tendrá un impacto sobre su hijo/a cuando el menor cumpla 3 años de edad.	Evaluación familiar
Servicio/s provisto/s: coordinación de servicios Miembro del equipo responsable: Coordinador de servicio (CS) Procedimiento/s: El CS hablará sobre las medidas necesarias a tomar para que el niño pase de recibir servicios de IT a recibir otro servicio basado en la comunidad. El CS explicará: <input type="checkbox"/> criterios de elegibilidad para los programas para niños de 3 a 5 años de edad <input type="checkbox"/> similitudes/diferencias entre los servicios de IT y los programas para niños de 3 a 5 años de edad <input type="checkbox"/> entornos, opciones óptimas en base a las necesidades actuales del niño	<input type="checkbox"/> Estamos conformes de haber logrado este resultado <input type="checkbox"/> Estamos conformes con el progreso, pero seguiremos trabajando sobre este resultado <input type="checkbox"/> No estamos conformes con el progreso Explicación: _____ _____ Inicial del padre/madre y fecha aquí: _____
Fecha objetivo: (27 meses)_____ Se informa al padre/madre sobre el servicio y las opciones de ubicación disponibles en su comunidad cuando su hijo cumpla 3	Evaluación familiar



Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) del Sistema de Intervención Temprana de Alabama (AEIS) Parte C

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento del menor: _____ Plan Inicial Plan anual

años.	
<p>Servicio/s provisto/s: coordinación de servicios Miembro del equipo responsable: Coordinador de servicio (CS)</p> <p>Procedimiento/s: El CS explica las opciones de ubicación locales y el programa de AEL (notificación, criterios de elegibilidad y cómo la entrega del servicio es diferente a los servicios de AEIS).</p> <p><input type="checkbox"/> El CS explica otras opciones de ubicación para niños en la comunidad de esta familia, como: Head Start, guarderías, programas para madres que trabajan en casa, otras opciones para promover el desarrollo.</p> <p><input type="checkbox"/> El CS ofrece materiales de apoyo para una mayor orientación en la transición.</p> <p><input type="checkbox"/> El CS explica la política y el formulario para darse de baja y las fechas asociadas con el hecho de darse de baja de la notificación (incluyendo una remisión para padres a la AEL).</p>	<p><input type="checkbox"/> Estamos conformes de haber logrado este resultado</p> <p><input type="checkbox"/> Estamos conformes con el progreso, pero seguiremos trabajando sobre este resultado</p> <p><input type="checkbox"/> No estamos conformes con el progreso</p> <p>Explicación: _____</p> <p>_____</p> <p>Inicial del padre/madre y fecha aquí: _____</p>
<p>Fecha objetivo: (27 meses)_____ El padre/madre elige alguna de las opciones de colocación para su hijo/a de 3 años de edad.</p>	<p>Evaluación familiar</p>



Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) del Sistema de Intervención Temprana de Alabama (AEIS) Parte C

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento del menor: _____ Plan Inicial Plan anual

Servicio/s provisto/s: coordinación de servicios Miembro del equipo responsable: Coordinador de servicio (CS)

Procedimiento/s: El padre/madre elige entre las siguientes opciones:

El padre/madre elige la exclusión voluntaria de la notificación a AEL a LEA y ha firmado un formulario de exclusión voluntaria presentado durante esta reunión. (La notificación **no será** enviada). El padre/madre hará una remisión para padres a la AEL si cambia de opinión luego y desea que su hijo sea considerado para el preescolar de AEL.

El padre/madre pide 10 días para decidir si desea darse de baja de la notificación a la AEL pero aún no ha firmado el formulario de baja (Se enviará una notificación si este formulario no es devuelto al CS)

El padre/madre expresa su interés en la notificación a la AEL y ha dado su permiso por escrito para divulgar documentación adicional al AEL, como el IFSP y los informes de evaluación.

El padre/madre expresa su interés en la notificación a la AEL pero no ha dado su permiso por escrito para divulgar documentación adicional al AEL.

El CS puede notificar a la AEL (e incluir información personalmente identificable, como nombres/contacto de los padres, dirección, teléfono, fecha de nacimiento) y solicitar una reunión de planificación de la transición con el padre/madre y la AEL.

El CS puede notificar a la AEL pero no solicita programar una reunión de planificación de la transición porque el menor ya tiene 33 meses de edad (la AEL se contactará con la familia para explorar más opciones).

El padre/madre elige que su hijo permanezca en su casa, o bien una o varias opciones de ubicación dentro de la comunidad distintas a la AEL o además de la AEL, y el CS acuerda reunirse con el padre/madre y la agencia de ubicación alternativa, si el padre/madre así lo decide (puede elegir más de una opción)

Opciones _____

- Estamos conformes de haber logrado este resultado
 Estamos conformes con el progreso, pero seguiremos trabajando sobre este resultado
 No estamos conformes con el progreso
Explicación: _____

Inicial del padre/madre y fecha aquí:



Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) del Sistema de Intervención Temprana de Alabama (AEIS) Parte C

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento del menor: _____ Plan Inicial Plan anual

<p>Fecha objetivo: (27 meses)_____ Se notifica a la AEL (y la Agencia de Educación Estatal) utilizando la carta de notificación de IT a la AEL indicando que el menor cumplirá 3 años de edad dentro de los siguientes 9 meses.</p>	<p>Evaluación familiar</p>
<p>Servicio/s provisto/s: coordinación de servicios Miembro del equipo responsable: Coordinador de servicio (CS)</p> <p>Procedimiento/s: Nombre de la Agencia de Educación Local:_____</p> <p><input type="checkbox"/> El CS envía la carta de "Notificación de IT a la AEL" a la AEL correspondiente para el niño, que se basa en la residencia <u>actual</u>.(La oficina estatal informa estos datos trimestralmente al Departamento Estatal de Educación)</p> <p><input type="checkbox"/> El CS realiza un seguimiento con la AEL para garantizar que ha recibido la notificación y programa una reunión antes de los 33 meses. El CS solicita al padre/madre que firme un formulario de divulgación de información si eligen enviar información adicional a la AEL. (La oficina estatal notifica al Departamento Estatal de Educación, a menos que la familia se dé de baja)</p>	<p><input type="checkbox"/> Estamos conformes de haber logrado este resultado</p> <p><input type="checkbox"/> Estamos conformes con el progreso, pero seguiremos trabajando sobre este resultado</p> <p><input type="checkbox"/> No estamos conformes con el progreso</p> <p>Explicación: _____</p> <p>_____</p> <p>Inicial del padre/madre y fecha aquí en la reunión de los 33 meses _____</p> <p><i><input type="checkbox"/> El coordinador del servicio debe marcar la casilla si el padre/madre no asiste a la reunión de los 33 meses</i></p>
<p>Fecha objetivo: (33 meses)_____ Se programa una reunión de planificación de la transición con la AEL para debatir sobre las necesidades educativas en la etapa preescolar del menor y presentar a la familia el personal del sistema escolar <u>O</u> se programa una reunión con una agencia alternativa de ubicación local (si corresponde).</p>	<p>Evaluación familiar</p>
<p>Servicio/s provisto/s: coordinación de servicios Miembro del equipo responsable : Coordinador de servicio (CS)</p> <p>Procedimiento/s:</p> <p><input type="checkbox"/> El CS acompaña al padre/madre a la reunión de planificación de la transición en la AEL.</p> <p><input type="checkbox"/> La AEL responde preguntas sobre los servicios y explica al padre/madre los derechos de la Parte B (preescolar).</p> <p><input type="checkbox"/> El padre/madre elige continuar con la determinación de elegibilidad de la AEL.</p> <p><input type="checkbox"/> El CS acompaña al padre/madre a la reunión con la agencia alternativa de ubicación local correspondiente (si corresponde)</p> <p>Nombre de la agencia alternativa de ubicación local: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Estamos conformes de haber logrado este resultado</p> <p><input type="checkbox"/> Estamos conformes con el progreso, pero seguiremos trabajando sobre este resultado</p> <p><input type="checkbox"/> No estamos conformes con el progreso</p> <p>Explicación: _____</p> <p>_____</p> <p>Inicial del padre/madre y fecha aquí en la reunión de los 33 meses _____</p> <p><i><input type="checkbox"/> El coordinador del servicio debe marcar la casilla si el padre/madre no asiste a la reunión de los 33 meses</i></p>



Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) del Sistema de Intervención Temprana de Alabama (AEIS) Parte C

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento del menor: _____ Plan Inicial Plan anual

Fecha objetivo: (33 meses) _____ El CS debate con el padre/madre otras actividades que pueden facilitar una mejor transición.	Evaluación familiar
<p>Servicio/s provisto/s: coordinación de servicios Miembro del equipo responsable: Coordinador de servicio (CS)</p> <p>Procedimiento/s:</p> <p><input type="checkbox"/> El CS sugiere actividades adicionales de apoyo que puedan ayudar al menor a adaptarse al nuevo entorno.</p> <p>Las medidas o recomendaciones pueden incluir:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><input type="checkbox"/> Estamos conformes de haber logrado este resultado</p> <p><input type="checkbox"/> Estamos conformes con el progreso, pero seguiremos trabajando sobre este resultado</p> <p><input type="checkbox"/> No estamos conformes con el progreso</p> <p>Explicación: _____</p> <p>_____</p> <p>Inicial del padre/madre y fecha aquí:</p> <p>_____</p>



Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) del Sistema de Intervención Temprana de Alabama (AEIS) Parte C

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento del menor: _____ Plan Inicial Plan anual

SERVICIOS QUE NO SON DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

En la medida de lo posible, con respecto a los servicios médicos y de otro tipo, el coordinador de servicio y la familia deben intentar identificar servicios que el menor y la familia puedan necesitar o estén recibiendo a través de otras instituciones pero que no son requeridos ni están financiados por la Parte C. Si dichos servicios actualmente no se brindan, a continuación encontrará las medidas que el coordinador del servicio o la familia deberán tomar para ayudar a garantizar la entrega de dichos servicios. Algunos ejemplos incluyen: grupos de apoyo locales, ciertas clínicas de CRS, clínicas médicas, grupos de socialización, terapia privada o la elección de los padres para complementar los servicios de IT recomendados. El sistema de Intervención Temprana (IT) (Parte C) no se hace responsable del pago, el control ni la entrega de servicios que no son de intervención temprana. (303.344(e))

Sin servicios que no son de intervención temprana en el IFSP inicial/anual Fecha: _____

Sin servicios que no son de intervención temprana en la revisión de los 6 meses Fecha: _____

Sin servicios que no son de intervención temprana entregados al momento de la reunión inicial/anual de IFSP: (Agencia responsable)

Servicios que no son de intervención temprana entregados al momento de la revisión de 6 meses de IFSP: (Agencia responsable)

Servicios que no son de intervención temprana a los que el padre/madre desea acceder en la reunión inicial/anual de IFSP: (Agencia responsable) _____

Asistencia para acceder a los servicios o recursos de apoyo que no son de intervención temprana: El CS ayudará al padre/madre con información sobre recursos de apoyo basados en la comunidad

El padre/madre se contactará con la organización de apoyo basada en la comunidad

El CS ayudará a la familia a coordinar lo que sea necesario

Otra asistencia: _____

Servicios que no son de intervención temprana a los que el padre/madre desea acceder en la revisión de 6 meses: (Agencia responsable)

Asistencia para acceder a los servicios o recursos de apoyo que no son de intervención temprana: El CS ayudará al padre/madre con información sobre recursos de apoyo basados en la comunidad

El padre/madre se contactará con la organización de apoyo basada en la comunidad

El CS ayudará a la familia a coordinar lo que sea necesario

Otra asistencia: _____



Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) del Sistema de Intervención Temprana de Alabama (AEIS) Parte C

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento del menor: _____ Plan Inicial Plan anual

Los equipos de planificación incluyen al padre/madre, cuidador/es, evaluadores, defensores, familiares y proveedores que están listos para ayudar a lograr los resultados planificados. Se pueden identificar otros miembros del equipo en cualquier momento y se los puede agregar al equipo. Los miembros del equipo pueden considerar revisar el plan actual cuando consideren que sea necesario (Agregue una segunda página para firmar si lo necesita).

		FECHA:	FECHA:	FECHA:
NOMBRE	MIEMBRO DEL EQUIPO	FIRMA IFSP INICIAL/ANUAL	FIRMA REVISIÓN DE 6 MESES (indique si es por teléfono u otro medio aceptable)	FIRMA REUNIÓN DE TRANSICIÓN A LOS 27 MESES
	Coordinador de servicio			
	Evaluador			
	Evaluador			
	Familiar/Amigo/Defensor			
	PADRE			
	MADRE			