|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de Revisión**       |  |
|       |
| CICLO DE REVISIÓN  [ ]  Semestral [ ]  Anual [ ]  Otro       | Fecha para la Próxima Revisión       |
| **Aviso por Escrito**  |
| **Motivo para el Aviso por Escrito:** El aviso por escrito se debe proporcionar a los padres diez (10) días antes que el Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte (NC ITP) proponga, o rechace, iniciar o modificar el suministro de servicios de intervención temprana para su hijo y familia. Puede acordar tener la(s) acción(es) propuesta(s) con mayor rapidez y no esperar los diez (10) días. **Acción Propuesta:** Para iniciar o modificar los servicios listados en el IFSP para los cuales se proporciona el consentimiento, de acuerdo con el Plan de Entrega del Servicio.**Motivos para Tomar la Acción**: Después de analizar toda la información de evaluación/valoración, incluso observaciones de la familia, inquietudes, prioridades y recursos, el equipo del IFSP, incluyendo la familia, acordó los servicios de intervención temprana y otros apoyos a proporcionar para alcanzar los resultados establecidos. |
| **Aviso de Derechos y Garantías Procesales** |
|       |  He recibido una copia de los ***Derechos del Niño y la Familia del Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte*** junto con este aviso por escrito. Esta información incluye todas las garantías procesales que están disponibles, incluyendo una descripción de los procedimientos de reclamo y los plazos para estos procedimientos. Me han explicado estos derechos y los comprendo. |
| **Consentimiento de los Padres para la Prestación de Servicios de Intervención Temprana** |
| Participé en el desarrollo de este IFSP. Comprendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Comprendo que puedo rechazar un servicio o servicios sin perjuicio de cualquier otro servicio de intervención temprana. Comprendo que mi hijo no recibirá los servicios de NC ITP identificados en el IFSP a menos que brinde mi consentimiento escrito.  |
| **Marque uno de los siguientes puntos:** |
| [ ]  | **Doy mi consentimiento para el Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte y los prestadores de servicio proporcionen los servicios de NC ITP y actividades enumeradas en este IFSP.** |
| [ ]  | **Yo rechazo recibir para mi hijo o familia: (especifique)** |       |
| — **Y** — |       |
| **Doy mi consentimiento para que el NC ITP y los prestadores de servicio brinden todos los otros servicios de NC ITP y realicen todas las otras actividades listadas en este IFSP, EXCLUYENDO el o los servicios que he especificado aquí.**  |       |
|       |
| **Consentimiento para Facturar al Seguro** |  |  |
|       | **(*inicializar)*** He recibido una copia de la ***Notificación del Sistema de Pago del NC ITP***. Me han explicado y comprendo las notificaciones relacionadas con la facturación de beneficios de seguro privado y público. |
|       | ***(inicializar)*** La información del seguro para mi hijo en el registro es actual y correcta. |
|       | ***(inicializar si corresponde)*** Comprendo que mi hijo está cubierto por un seguro privado y Medicaid, el seguro privado debe ser facturado primero según la Política de Medicaid, antes de poder acceder a los beneficios de Medicaid. |
|  | **Marque uno de los siguientes puntos:** |
| [ ]  | Doy mi consentimiento para que el NC ITP y sus prestadores de servicio autorizados facturen al seguro privado y / o Medicaid que consta en el archivo mi hijo por todos los servicios de intervención temprana según están identificados en este IFSP incluyendo la frecuencia del largo, duración o intensidad. Autorizo la divulgación de información médica o clínica necesaria para procesar el reclamo del seguro. **— O —** |
| [ ]  | Doy mi consentimiento para que el NC ITP y sus prestadores de servicio autorizados facturen al seguro privado y / o Medicaid, que consta registrado para mi hijo, por cualquier nuevo servicio de intervención temprana o por cualquier incremento en la frecuencia, extensión, duración, o intensidad por servicios identificado durante esta reunión de revisión del IFSP, ***excepto*** para los siguientes *(por favor especifique)*  |
| **Encuesta a la familia de los resultados** |
| [ ]  | En la revisión semestral, se discutió la encuesta a la familia de los resultados. Me dieron la oportunidad de completar la encuesta. |
|       |  |       |
| Firma del Padre/Tutor y Fecha |  | Firma del Padre/Tutor y Fecha |
|       |  |       |
| Firma del Coordinador del Servicio de EI y Fecha |  | Firma del Representante de la Agencia o Representante Designado/Agencia y Fecha |
|       |  |       |
| Otra Firma y Fecha |  | Otra Firma y Fecha |