|  |
| --- |
| *PROGRAMA INFANTES-NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS*  *DE CAROLINA DEL NORTE*  *PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA* |

|  |
| --- |
| Fechas y Eventos Importantes |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Niño:** | | |  | | | | | | | | | |
| **Fecha de Nacimiento:** | | |  | | | | | **Sexo:  Masculino  Femenino** | | | | |
| **Edad al Momento de la Derivación:** | | |  | | | | | **Fecha de Derivación:** | | |  | |
| **Fecha de Reunión del IFSP:** | | |  | | | | | **Fecha de Inicio de IFSP:** | | |  | |
| **Fecha del IFSP Provisional:** |  | | | | | | **N/A** |  | | | | |
| **Nombre del Padre:** |  | | | | | | | **Nombre del Padre:** |  | | | |
| **Dirección:** |  | | | | | | | **Dirección:** |  | | | |
| **Ciudad/Estado/**  **Código Postal:** |  | | | | | | | **Ciudad/Estado/**  **Código Postal:** |  | | | |
| **Número(s) de Teléfono:** | (   )    -  **Trabajo  Hogar  Móvil**  (   )    -  **Trabajo  Hogar  Móvil**  (   )    -  **Trabajo  Hogar  Móvil** | | | | | | | **Número(s) de Teléfono:** | (   )    - | | | |
|  | **Trabajo  Hogar  Móvil**  (   )    -  **Trabajo  Hogar  Móvil**  (   )    -  **Trabajo  Hogar  Móvil** | | | |
| **Dirección(es) de Correo Electrónico:** | | | |  | | | | **Dirección(es) de Correo Electrónico:** | | | |  |
| **Idioma del padre:** | | | | |  | | | **Idioma del niño:** | |  | | |
| **Distrito Escolar de Residencia:** | | | | | |  | | | | | | |
| **Condado:** | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Relación/Posición** | **Número de Teléfono** | **Dirección:** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Finalización** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Las inquietudes y prioridades de su familia relacionadas con el funcionamiento y aprendizaje de su hijo son el centro del Plan Individualizado de Servicios Para la Familia (IFSP) para su familia incluso los resultados u objetivos. La información que elija proporcionar sobre las fortalezas, recursos y soportes de su familia es muy importante y útil ya que todos trabajamos juntos para alcanzar los resultados que desea para su hijo y familia.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha de Realización de la Evaluación Familiar:** | **Participantes/Miembros del Equipo:** | **Nombre de la Herramienta de Evaluación Dirigida a la Familia:** |

|  |
| --- |
| **Áreas de Inquietud de la Familia:** (Describa los desafíos o dificultades que su hijo y/o familia encuentran durante las actividades diarias y rutinas.) |

|  |
| --- |
| **Prioridades de la Familia** (¿Qué podríamos empezar ahora mismo que haría una diferencia para su familia?) |

|  |
| --- |
| **Fortalezas y recursos que ayudan a cubrir las necesidades de su hijo y familia:** (Incluya personas que brinden un sistema de apoyo para su familia, como familiares, amigos de la familia, compañeros de trabajo así como también todas las agencias o servicios. También incluya actividades y salidas que su hijo y familia disfrutan hacer, como grupos de juego, cuentos en la biblioteca, ir al parque, hacer picnics, etc.) |

|  |
| --- |
| **Información Adicional:** ¿Hay algo más que le gustaría que nosotros sepamos y que pueda ser útil mientras planificamos apoyos y servicios para abordar lo que es más importante para su hijo y familia? |

**Capacidades y Destrezas Actuales del Niño**:

Esta sección del IFSP proporciona una imagen de las fortalezas y necesidades de su hijo, las personas, lugares y cosas que le interesan y motivan a su hijo, y cosas que le gustan y no le gustan. El CDSA utiliza diferentes métodos para observar el desarrollo de su hijo: pruebas estandarizadas, revisión de grabaciones, observación clínica e informe de padres. La información que recogimos nos informa sobre las habilidades y comportamientos quesu hijo ha desarrollado hasta el momento y cómo su hijo combina y utiliza estas destrezas y comportamientos para participar en actividades diarias. Las habilidades y comportamiento se dividen en cinco campos (áreas de desarrollo).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha(s) de Evaluación/Valoración:** | | | **Quién Participó:** | |
| **Edad del Niño:** | | **Edad Ajustada:** | | |
| **Evaluación/Herramientas de Valoración/Otros Métodos Usados:** | | | | |
| **Campo de Desarrollo** | **Capacidades y Destrezas** | | | |
| **Cosas** **(nombre del niño) que Hace Bien** | | | **Desafíos o Próximos Pasos** **(nombre del niño)** |
| **Social/Emocional**  (Relacionarse con otras personas, demostrar sentimientos, enfrentar situaciones a lo largo del día) |  | | |  |
| **Flexible**  (Capacidad para ayudarse a sí mismo en las actividades diarias, incluyendo alimentación, vestimenta, ir al baño, dormir y satisfacer las necesidades) |  | | |  |
| **Cognitiva**  (Pensar y aprender, cómo el niño resuelve problemas) |  | | |  |
| **Comunicación**  (Comprensión de palabras y gestos (lenguaje receptivo), y uso de sonidos, palabras y gestos (lenguaje expresivo) |  | | |  |
| **Desarrollo Físico**  (Uso de manos, uso de ojos y manos junto con control y coordinación (motricidad fina), fuerza del niño, coordinación y equilibrio de los músculos para el movimiento (motricidad gruesa) |  | | |  |

**Información de Salud del Niño**:

|  |
| --- |
| **Resumen del estado actual de salud del niño sobre la base de la revisión de registros pertinentes y/o informe de los padres. *(Esto puede incluir la historia de nacimiento del niño, condiciones médicas o diagnósticos, enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos, estado de la visión y audición, u otra información):*** |
| **¿Qué más debería saber el equipo sobre la salud de su hijo, de manera que podamos hacer una mejor planificación y brindar apoyos y servicios para su hijo y familia?** |

**Valoración del Niño**

### Incluya un resumen de evaluaciones de funcionamiento y observaciones del niño en su ambiente diario. La información señalada en esta sección puede incluir un resumen de la evaluación inicial del niño o evaluaciones en curso del menor. Esta sección del IFSP proporciona información que será útil para determinar los apoyos y servicios que son más adecuados para cubrir las necesidades específicas del niño. Detalle los individuos involucrados en la evaluación, procedimientos, resultados y las fortalezas y necesidades particulares del niño. Aborde todos los campos de desarrollo si esta es una evaluación inicial del niño.

### Evaluaciones funcionales del niño:

* Se basan en la observación continua del niño cuando se enfrenta a las actividades diarias con personas que conoce, en entornos naturales
* **Compromete a familias y cuidadores como participantes activos**
* **Son individualizados para abordar la forma de aprendizaje particular de cada niño**
* **Reflejan que el desarrollo y aprendizaje se originan en la cultura y son apoyados en la familia**
* **Integran información a través de las configuraciones de la actividad**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | **Descripción** |
|  |  |

**Evaluación Inicial y/o Resultados de Valoración del Niño:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
|  | |  |  |
| **Firma del Evaluador** | |  | **Fecha** |
|  | |  |  |
| **Firma del Evaluador** | |  | **Fecha** |
|  | |  |  |
| **Firma del Evaluador** | |  | **Fecha** |

Los resultados deben ser medibles y reflejar cambios que a la familia le gustaría ver que ocurran para ellos y su hijo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultado N°** **¿Qué le gustaría a usted y su familia ver que suceda para su hijo/familia en los próximos seis meses?** (El resultado debe ser funcional y en el contexto de las rutinas y actividades de todos los días). | **¿Qué está pasando ahora en relación con este resultado? ¿Qué está haciendo actualmente su familia que apoye el logro de este resultado? ((**Describa el funcionamiento de su hijo y/o familia con relación al cambio/resultado deseado). | | |
| **¿Cuáles son las maneras en las cuales su familia y equipo trabajarán hacia el logro de este resultado? ¿Quiénes ayudarán y qué harán?** (Describa los métodos y estrategias que se utilizarán para apoyar a su hijo/familia a fin de alcanzar sus objetivos dentro de sus rutinas diarias y actividades. Detalle quién hará qué). | **¿Cómo sabremos que hemos tenido un progreso o si se necesitan revisiones en los resultados, estrategias o servicios?** ¿Qué acción o comportamiento perceptible observaremos que nos demuestre que se está teniendo un progreso? ¿Hay otros procedimientos que se utilizan para medir el progreso? ¿Qué plazos realistas se utilizarán para determinar la existencia de progreso?)  **Fecha de Inicio:**  **Fecha Objetivo:** | | |
| **¿Cómo lo hicimos?** (Revisión de la declaración de progreso/Criterio para el éxito) | | |
| Fecha: |  | Alcanzado. ¡Lo hicimos! |
| Fecha: |  | Continúa. Estamos en parte del camino. Vamos a seguir adelante. |
|  |  |
|  | | |
| **La situación ha cambiado:** | | |
| Fecha: |  | Se Suspende. Ya no aplica. |
| Fecha: |  | Revisión. Vamos a probar algo diferente. |
| Fecha: |  | Explicaciones/Comentarios |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar Principal de Servicios de Intervención Temprana:** | | | | | | | | |
| **Servicio de Intervención Temprana** | **Prestador** | **Fecha de Inicio Proyectada** | **Fecha de Inicio Real** | **Ubicación/**  **Entorno Más Natural** | **Frecuencia/Duración/ Intensidad/ Método** | **Acuerdo de Pago y Costo para la Familia** | **Duración Anticipada** | **Fecha de Finalizado** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Otros Servicios:** | **Prestador** | **Fecha de Inicio:** | **Fecha de Finalización:** | **De ser necesario, cómo ayudará EI a la familia para acceder a otros servicios:** | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | |

**Las regulaciones federales exigen que los servicios de intervención temprana sean proporcionados en ambientes naturales y solo pueden ser brindados en otros ambientes cuando los resultados no pueden ser alcanzados satisfactoriamente en el entorno natural. La justificación para apoyar la decisión del equipo del IFSP que el resultado no puede ser alcanzado satisfactoriamente en el ambiente natural se debe documentar a continuación.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Resultado N°** | **Servicio** | 1. **Analice los Esfuerzos y los Motivos del Por Qué el Resultado No Puede Ser Alcanzado en el Ambiente Natural** | 1. **Describa Cómo Se Generalizará la Intervención en las Rutinas Diarias y Actividades del Niño y la Familia** | 1. **Identifique los Pasos para Trasladar la Intervención a un Ambiente Natural** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividades y Planes de Transición** | **Acción Específica** | **Persona Responsable** | **Fecha de Inicio** | **Fecha que se Completó** |
| 1. **Reunirse para desarrollar un plan de transición, incluyendo conversación sobre los derechos de los padres y lo que significa "transición", con pasos, actividades y servicios individualizados. (Reunión de Planificación de Transición- TPM)** |  |  |  |  |
| 1. **Conversar sobre posibles opciones de programas (incluyendo servicios de educación especial de preescolar, Head Start, guardería y otros servicios en la comunidad) que podrían estar disponibles cuando el niño ya no califique para la Parte C.** |  |  |  |  |
| **3. Fecha de Notificación de Búsqueda de Niños:**  **Nombre del Distrito Escolar:**  **Se ha notificado a la LEA/PSU donde reside el niño.** |  |  |  |  |
| 1. **Enviar a Parte B la información especificada si los padres proporcionan consentimiento.**   **Sí**  **No** |  |  |  |  |
| 1. **Brindar la oportunidad de reunirse para revisar y actualizar el plan de transición, según corresponda, y recibir información de la LEA/PSU u otros representantes de programas en la comunidad. (Conferencia de Planificación de Transición- TPC)** |  |  |  |  |
| 1. **Establecer procedimientos para preparar al niño a cambios en la entrega de servicios, incluyendo pasos para ayudar al niño a adaptarse y desempeñarse en un entorno nuevo.** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 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** | | | | |
|  | ***(Inicializar)*** He recibido una copia del ***Aviso de 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:** | | | | |
| **Brindo mi consentimiento informado para que el NC ITP y los prestadores de servicio proporcionen los servicios de NC ITP identificados en este IFSP y realicen todas las actividades según se revisó en este IFSP.** | **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 listadas en el 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 / Medicaid** | |  |  | |
|  | **(*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 registrado para mi hijo por todos los servicios de intervención temprana según están identificados en este IFSP. 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 en el registro por mi hijo por los servicios de intervención temprana identificados en este IFSP ***excepto*** para los siguientes *(por favor especifique).* | | | |
|  | |  |  | |
| 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 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | | | | |
|  | | | ***(Inicializar)*** 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 | |