

Formulario EI-13

Fecha del día de hoy _____ Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento del niño/a _____

Nombre del padre/la madre _____

Número del EIDS _____

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

En _____ (fecha), se envió una copia de esta notificación a los padres en persona por correo por correo electrónico.

Se enviaron notificaciones a otras personas en _____ (fecha).

Notificación de la reunión del Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP)

Es tiempo de nuestra reunión para

- desarrollar un Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP) provisional hasta que podamos completar la valoración y planificar el IFSP "inicial".
- revisar la elegibilidad y la información de la valoración y desarrollar el primer ("inicial") Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP).
- realizar una revisión periódica del Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP) para determinar el grado de avance alcanzado hacia los resultados identificados en el IFSP, y analizar si es necesario realizar modificaciones o revisiones en los resultados esperados o en los servicios de Intervención temprana del IFSP.
- revisar la elegibilidad y la información de la valoración y desarrollar el Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP) anual.
- Esta reunión del Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP) incluirá una conferencia de planificación de la transición.

Acordamos programar la reunión del Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP) para el

Fecha _____

Hora _____

Lugar _____

Usted ha pedido que se invite a las siguientes personas a participar en la reunión del Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP). Recibirán una copia de esta notificación.

Nombre, cargo o relación _____

Nombre, cargo o relación _____

Nombre, cargo o relación _____

Nombre, cargo o relación _____

Además, los siguientes proveedores de servicios de Intervención temprana han sido invitado a la reunión del Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP). Recibirán una copia de esta notificación.

Nombre, cargo o agencia _____

Nombre, cargo o agencia _____

Nombre, cargo o agencia _____

Nombre, cargo o agencia _____

Si usted tiene preguntas o desea realizar algún cambio con respecto a esta reunión, comuníquese conmigo, su coordinador/a de servicios de Intervención temprana:

Nombre del coordinador/a de servicios _____

Información de contacto del coordinador/a de servicios _____



Department of
Developmental Disabilities

Un proveedor de servicios y empleador que ofrece igualdad de oportunidades
Julio de 2019

