

Formulario (EI)-1

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento del niño/a

Nombre(s) del padre/la madre

Número del EIDS

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

El (fecha), los padres recibieron una copia de esta notificación y del consentimiento

en persona

por correo postal

por correo electrónico

Notificación previa por escrito y consentimiento para las evaluaciones de desarrollo

La evaluación de desarrollo se utiliza para determinar si su hijo/a podría tener un retraso en su desarrollo. La evaluación incluye recopilar la información que usted provea, la información del padre/la madre y de otra(s) persona(s) que usted elija, observar al niño/a, y usar un instrumento de evaluación que cubra todas las áreas del desarrollo. Puede solicitar que se realice una evaluación de desarrollo en cualquier momento independientemente de esta evaluación. Debemos enviarle una notificación por escrito al menos 10 días calendario antes de la evaluación.

Mi coordinador/a de servicios me brindó toda la información sobre la evaluación de desarrollo y me explicó mis derechos como padre/madre, incluido dar el consentimiento. Recibí una copia del folleto sobre los Derechos de los padres en la Intervención temprana de Ohio. Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de la Intervención temprana (EI). Comprendo las evaluaciones de desarrollo de mi hijo/a y doy mi consentimiento para que se realicen.

Nombre(s) del padre/la madre

Firma del padre/la madre

Fecha

Renuncia a la notificación (opcional)

Comprendo mi derecho a recibir una notificación por escrito 10 días calendario antes de la actividad propuesta, y renuncio a dicho derecho.

Iniciales del
padre/la madre

Fecha

Formulario (EI)-2

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

Nombre(s) del padre/la madre _____ Número del EIDS _____

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

El (fecha), los padres recibieron una copia de esta notificación y del consentimiento

en persona por correo postal por correo electrónico

Notificación previa por escrito y consentimiento para las evaluaciones de desarrollo y la valoración

Es posible que se determine la Intervención temprana (EI) en base a una evaluación. Un equipo de Intervención temprana (EI) (uno o más profesionales) realizará la evaluación de desarrollo para determinar la elegibilidad de su hijo/a. La valoración, que por lo general se realiza al mismo tiempo, tiene como objetivo lograr comprender la participación de su hijo/a en las rutinas y actividades diarias de la familia. La evaluación y valoración incluyen:

- una revisión de los registros relevantes, incluidos los registros médicos que se divulguen con su consentimiento;
- una observación de su hijo/a;
- su aporte sobre el desarrollo de su hijo/a; y
- el uso de una o varias herramientas de evaluación y valoración que proporcionen información sobre el desarrollo de su hijo en las áreas de comunicación, adaptación/cuidado personal, y en las áreas sociales/emocionales, cognitivas/de pensamiento/de resolución de problemas, de motricidad/movilidad, visión, y audición.

Esta información, así como también la información que usted proporcione sobre los recursos, prioridades e inquietudes de su familia, crea las bases para desarrollar el Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP) y determinar qué servicios de Intervención temprana son necesarios para brindarles apoyo a usted y su hijo/a. Debemos enviarle una notificación por escrito al menos 10 días calendario antes de la evaluación.

Proponemos (marque todas las que correspondan):

- identificar la elegibilidad de su hijo/a para recibir Intervención temprana (EI) al realizar una evaluación de desarrollo.
- identificar las fortalezas y necesidades de su hijo/a al realizar una valoración del desarrollo.

Mi coordinador/a de servicios me brindó toda la información sobre la evaluación y/o valoración de desarrollo y me explicó mis derechos como padre/madre, incluido dar el consentimiento. Recibí una copia del folleto sobre los Derechos de los padres en la Intervención temprana de Ohio (Ohio Early Intervention, EI). Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de la Intervención temprana (EI).

Doy mi consentimiento para realizar la evaluación valoración de mi hijo/a (marque una o ambas opciones, según corresponda).

Nombre(s) del padre/la madre _____

Firma(s) del padre/la madre _____

Fecha _____

Renuncia a la notificación (opcional)

Comprendo mi derecho a recibir una notificación por escrito 10 días calendario antes de la actividad propuesta, y renuncio a dicho derecho.

Iniciales del
padre/la madre

Fecha

Formulario (EI)-3

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

Nombre(s) del padre/la madre _____ Número del EIDS _____

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios		
El _____ (fecha), los padres recibieron una copia de esta notificación y del consentimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	en persona	por correo postal
	<input type="checkbox"/>	por correo electrónico.
Fecha de la información proporcionada por la evaluación dirigida a la familia (FDA)		<input type="text"/>

Notificación previa por escrito y consentimiento para la evaluación dirigida a la familia

La Intervención temprana (EI) proporciona ayuda y recursos para ayudar a los miembros de la familia y cuidadores a mejorar el desarrollo y la participación del niño/a en las actividades diarias. Como padre, conoce a su hijo/a mejor que nadie. Sabe qué situaciones diarias dan placer o representan desafíos únicos para usted y su familia.

La evaluación dirigida a la familia es su oportunidad para comunicarle en detalle al equipo de Intervención temprana (EI) sus inquietudes y prioridades para incluir exitosamente a su hijo/a en todas las actividades diarias y los recursos potenciales para ayudarlo a usted. La evaluación dirigida a la familia es voluntaria y solo aquellos miembros de la familia que deseen participar serán incluidos.

Tiene derecho a compartir tanta información sobre su familia como desee. Debemos enviarle una notificación por escrito al menos 10 días calendario antes de la evaluación.

Mi coordinador/a de servicios me brindó toda la información sobre la valoración dirigida a la familia y me explicó mis derechos como padre/madre, incluido dar el consentimiento. Recibí una copia del folleto sobre los Derechos de los padres en la Intervención temprana de Ohio (Ohio Early Intervention, EI). Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de la Intervención temprana (EI).

Doy mi consentimiento para la evaluación dirigida a la familia.

No doy mi consentimiento para la valoración dirigida a la familia.

Nombre(s) del padre/la madre _____

Firma(s) del padre/la madre _____

Fecha _____

Renuncia a la notificación (opcional)

Comprendo mi derecho a recibir una notificación por escrito 10 días calendario antes de la actividad propuesta, y renuncio a dicho derecho.

Iniciales del padre/
la madre

Fecha

Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP)

Formulario EI-04



Tipo de IFSP y fecha: <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Periódico <input type="radio"/> Periódico <input type="radio"/> Periódico <input type="radio"/> Anual	Número del EIDS
---	-----------------

Sección 1: Información sobre el niño/a y su familia

Nombre del niño/a	Apellido	Apodo	Fecha de nacimiento
Idiomas que se hablan con el niño/a	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia y raza del niño/a	Distrito escolar del padre que tiene la custodia del niño
Nombre del padre/la madre	Dirección	¿Con quién vive el niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no es el padre/la madre biológico/a o adoptivo/a, indique su relación con el niño/a	Teléfono; Celular (C); Hogar (H); Trabajo (T)		
Dirección de correo electrónico	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto	Horario preferido de contacto	
Nombre del padre/la madre	Dirección	¿Con quién vive el niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no es el padre/la madre biológico/a o adoptivo/a, indique su relación con el niño/a	Teléfono; Celular (C); Hogar (H); Trabajo (T)		
Dirección de correo electrónico	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto	Horario preferido de contacto	

Sección 2: Información del coordinador/a de servicios

Su coordinador/a de servicios de Intervención temprana (EI) es el único punto de contacto para realizar las siguientes actividades durante su participación en la Intervención temprana. Esto incluye

- explicar y garantizar sus derechos respecto de la Intervención temprana;
- coordinar la elegibilidad inicial y continua de su hijo/a;
- coordinar reuniones del Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP) dentro de los plazos requeridos, incluidas aquellas que usted solicitó;
- ayudar al equipo del Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP) para desarrollar los resultados que sean prácticos y reflejen sus inquietudes y prioridades;
- ayudarlo a identificar, obtener, financiar y supervisar los servicios de Integración temprana necesarios;
- ayudarlo a encontrar y conectarse con otros recursos y ayuda que usted necesite y quiera;
- y facilitar el desarrollo de un plan de transición antes de la edad de tres años.

Nombre del coordinador/a de servicios	Teléfono	Correo electrónico
Nombre de la agencia	Nombre e información de contacto del supervisor/a	

Recepción puntual de los servicios (TRS) a más tardar el día _	Revisión periódica semestral a más tardar el día _	La Conferencia de planificación y resultado de la transición (TPC) se debe realizar entre 90 días calendario y 9 meses antes del tercer cumpleaños del niño/a
--	--	---

Sección 3A: Elegibilidad y valoración

Sección 3A: Elegibilidad

Elegibilidad inicial

Su hijo/a es elegible para la Intervención temprana (EI) de Ohio debido a:

retraso en el desarrollo, según lo determinó el equipo de EI, el _____ (fecha). Lea la sección 3B para conocer un resumen de elegibilidad.

una afección física o mental diagnosticada con una probabilidad muy grande de derivar en un retraso del desarrollo.

Afección diagnosticada _

Fecha en que el coordinador/a de servicios de Intervención temprana confirmó la afección diagnosticada _

Elegibilidad anual

Su hijo/a es:

elegible hasta los tres años. La redeterminación de elegibilidad no corresponde.

elegible para la redeterminación de este año debido a:

retraso en el desarrollo, según lo determinó el equipo de EI, el _____ (fecha). Lea la sección 3B para conocer un resumen de elegibilidad.

Afección diagnosticada _

Fecha en que el coordinador/a de servicios de Intervención temprana confirmó la afección diagnosticada _

Sección 3B: Resumen de la evaluación

Abajo encontrará un resumen del nivel de desempeño actual de su hijo/a en todas las áreas del desarrollo. El equipo de evaluación explica qué descubrió sobre el desarrollo de su hijo durante el proceso de evaluación.

- I. **Administración de la herramienta:** En esta sección, el equipo de evaluación documenta qué herramienta se usó, la(s) fecha(s) de administración y los resultados (incluido si existe un retraso, basado en puntajes y la opinión clínica) en todas las áreas del desarrollo (adaptativa, física [motricidad gruesa y fina, visión, audición], comunicacional, socioemocional y cognitiva). Se incluyen el lugar de las evaluaciones y anotaciones de cualquier adaptación a la herramienta o al ambiente (equipo de adaptación, intérprete, lenguaje de señas).

- II. **Revisión del historial de su hijo/a:** Este es un resumen de los datos recabados por el equipo de evaluación al entrevistar a los padres y al revisar los expedientes de salud (médicos, de visión, de audición, de nutrición, genéticos, clínicos especializados) y de educación (como Early Head Start y proveedores de cuidado infantil).

- III. **Observación personal de su hijo/a:** Este es un resumen de lo que el equipo de evaluación concluyó luego de observar a su hijo/a durante la evaluación. Incluye el tipo de actividades en las que su hijo/a participó, las personas con las que interactuó, y su reacción frente a situaciones y personas nuevas, como el equipo de evaluación, y conocidas.

- IV. **Información de otras fuentes, según sean útiles para comprender el desarrollo único de su hijo/a:** Puede incluir aquí otro tipo de información que usted compartió, pero que no ha sido documentada.

Sección 3C: Resumen de la Evaluación dirigida a la familia (FDA)

Esta sección resume la información que usted compartió con el equipo de valoración sobre las prioridades, inquietudes y recursos de su familia.

Fecha de finalización	Nombre de la(s) herramienta(s) de valoración que se utilizaron para realizar la Evaluación dirigida a la familia (FDA)	Nombres de las personas que completaron la Evaluación dirigida a la familia (FDA)
-----------------------	--	---

Recursos de la familia: Las personas más importantes y habituales en la vida de nuestro/a hijo/a y el rol que ocupan en nuestra familia:

Las agencias, organizaciones, servicios, y actividades con más importancia para nuestra familia en este momento:

Rutinas de la familia: Nuestra familia disfruta de participar en las siguientes rutinas y actividades:

Inquietudes de la familia: Las inquietudes, dificultades o desafíos que nuestra familia experimenta durante las rutinas o actividades diarias y que pueden ser útiles para el equipo de Intervención temprana:

Prioridades de la familia: Son los recursos que nuestro/a hijo/a y familia necesitan, que incluyen ayuda económica, actividades, programas y organizaciones:

Al momento, queremos que el equipo de Intervención temprana nos ayude principalmente con:

Sección 3D: Otra información: Queremos que nuestro equipo sepa:

Sección 3E: Resumen de la valoración

Para que el niño/a se mantenga activo/a y sea un miembro exitoso/a de la familia y la comunidad, necesita desarrollar habilidades en tres áreas funcionales: (1) desarrollo de habilidades socio-emocionales positivas; (2) adquisición y uso del conocimiento y las habilidades y (3) adopción de las medidas necesarias para lograr satisfacer sus necesidades. Su equipo usa información sobre los niveles de desarrollo actual de su hijo/a, las inquietudes de su familia, recursos y prioridades, y su rutina diaria, para entender las necesidades individuales de su hijo/a en comparación con niños de la misma edad. Esta información sirve de base para el desarrollo de resultados significativos para su hijo/a y su familia.

Desarrollo de habilidades socioemocionales positivas

Resumen de la manera en la que nuestro hijo se relaciona y juega con la familia, otros adultos y niños. Esto incluye habilidades como (1) comunicarse e interactuar con la familia, amigos, cuidadores, y otros; (2) demostrar sentimientos; (3) participar en juegos sociales, por ejemplo "¿dónde está el bebé?" o esperar su turno, usar palabras, sonidos o gestos; (4) calmarse cuando está irritado/a; (5) y demostrar entendimiento de las reglas sociales, como compartir y tomar turnos.

Fortalezas del niño/a

Necesidades del niño/a

Informe sobre el Resumen de los resultados del niño (COS): En comparación con niños de su misma edad, nuestro/a hijo/a

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> posee todas las habilidades que se esperarían de un niño/a de su edad en el área de este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> tiene las habilidades que se esperarían a su edad con respecto a este resultado; sin embargo, existen algunas inquietudes.</p> <p><input type="checkbox"/> muestra muchas habilidades esperadas para la edad, aunque continúa mostrando algunas funciones que podrían describirse como las de un/a niño/a un poco más joven en el área de este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> usa ocasionalmente algunas habilidades esperadas para su edad, aunque la mayoría de estas habilidades todavía no son las esperadas para su edad en el área de este resultado.</p> | <p><input type="checkbox"/> aún no está utilizando las habilidades esperadas para su edad. Sin embargo, utiliza muchas habilidades fundamentales e inmediatas importantes que le permiten desarrollarse en el área de este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> está mostrando algunas habilidades fundamentales emergentes o inmediatas, que le ayudarán a adquirir habilidades apropiadas para su edad en el área de este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> tiene un desempeño que podría describirse como el de un/a niño/a mucho más joven. Muestra habilidades tempranas, aunque todavía no muestra habilidades fundamentales inmediatas o las esperadas para su edad en el área de este resultado.</p> |
|---|---|

Para el Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) anual y la finalización.

¿El niño o la niña ha mostrado alguna habilidad o comportamiento nuevo relacionado con *el desarrollo de habilidades socioemocionales positivas* desde su última puntuación del resumen de resultados?

Sí No

Adquisición y uso de conocimiento y habilidades

Resumen de cómo nuestro/a hijo/a aprende cosas nuevas y usa lenguaje básico, comunicación básica y habilidades básicas para resolver problemas. Esto incluye (1) copiar lo que otros hacen; (2) resolver problemas; (3) usar gestos, palabras o señas; (4) expresar sus deseos y necesidades, (5) entender instrucciones; (6) y comunicar sus pensamientos e ideas.

Fortalezas del niño/a

Necesidades del niño/a

Informe sobre el Resumen de los resultados del niño (COS): En comparación con niños de su misma edad, nuestro/a hijo/a

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> posee todas las habilidades que se esperarían de un niño/a de su edad en el área de este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> tiene las habilidades que se esperarían a su edad con respecto a este resultado; sin embargo, existen algunas inquietudes.</p> <p><input type="checkbox"/> muestra muchas habilidades esperadas para la edad, aunque continúa mostrando algunas funciones que podrían describirse como las de un/a niño/a un poco más joven en el área de este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> usa ocasionalmente algunas habilidades esperadas para su edad, aunque la mayoría de estas habilidades todavía no son las esperadas para su edad en el área de este resultado.</p> | <p><input type="checkbox"/> aún no está utilizando las habilidades esperadas para su edad. Sin embargo, utiliza muchas habilidades fundamentales e inmediatas importantes que le permiten desarrollarse en el área de este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> está mostrando algunas habilidades fundamentales emergentes o inmediatas, que le ayudarán a adquirir habilidades apropiadas para su edad en el área de este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> tiene un desempeño que podría describirse como el de un/a niño/a mucho más joven. Muestra habilidades tempranas, aunque todavía no muestra habilidades fundamentales inmediatas o las esperadas para su edad en el área de este resultado.</p> |
|---|---|

Para el Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) anual y la finalización.

¿El niño o la niña ha mostrado alguna habilidad o comportamiento nuevo relacionado con *la adquisición y el uso de conocimiento y habilidades* desde su última puntuación del resumen de resultados?

Sí No

Tomar las medidas adecuadas para satisfacer necesidades

Resumen de cómo nuestro/a hijo/a ha comenzado a ocuparse de sus propias necesidades, como trasladarse de un lugar a otro, comer solo/a, y satisfacer sus necesidades básicas. Esto incluye (1) comunicarme cuando tiene hambre; (2) avisar si necesita ayuda; (3) tratar de alcanzar cosas que están fuera de su alcance; y (4) el nivel de ayuda que nuestro/a hijo/a necesita para cambiarse, comer, usar el baño, y comunicarse.

Fortalezas del niño/a

Necesidades del niño/a

Informe sobre el Resumen de los resultados del niño (COS): En comparación con niños de su misma edad, nuestro/a hijo/a

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> posee todas las habilidades que se esperarían de un niño/a de su edad en el área de este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> tiene las habilidades que se esperarían a su edad con respecto a este resultado; sin embargo, existen algunas inquietudes.</p> <p><input type="checkbox"/> muestra muchas habilidades esperadas para la edad, aunque continúa mostrando algunas funciones que podrían describirse como las de un/a niño/a un poco más joven en el área de este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> usa ocasionalmente algunas habilidades esperadas para su edad, aunque la mayoría de estas habilidades todavía no son las esperadas para su edad en el área de este resultado.</p> | <p><input type="checkbox"/> aún no está utilizando las habilidades esperadas para su edad. Sin embargo, utiliza muchas habilidades fundamentales e inmediatas importantes que le permiten desarrollarse en el área de este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> está mostrando algunas habilidades fundamentales emergentes o inmediatas, que le ayudarán a adquirir habilidades apropiadas para su edad en el área de este resultado.</p> <p><input type="checkbox"/> tiene un desempeño que podría describirse como el de un/a niño/a mucho más joven. Muestra habilidades tempranas, aunque todavía no muestra habilidades fundamentales inmediatas o las esperadas para su edad en el área de este resultado.</p> |
|---|---|

Para el Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) anual y la finalización.

¿El niño o la niña ha mostrado alguna habilidad o comportamiento nuevo relacionado con *el uso de las medidas adecuadas para satisfacer necesidades* desde su última puntuación del resumen de resultados?

Sí No

Miembros del equipo de evaluaciones multidisciplinarias

Nombre en letra de imprenta

Disciplina

Información de contacto

Sección 4: Resultados de nuestro/a hijo/a y nuestra familia

Esta sección identifica los resultados del niño/a y la familia en base a lo que usted desea lograr, así como también los pasos necesarios para lograr el objetivo. El resultado se basa en la información que el equipo obtuvo de una o varias valoraciones del niño/a y de la familia. Cada resultado del Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP) debe expresarse por escrito en un lenguaje de fácil comprensión para todos y de modo que se relacione con lo que usted detectó como prioridades durante la valoración dirigida a la familia (si se realizó).

Número de resultado	El resultado del niño/a trata	<input type="checkbox"/> el desarrollo de relaciones sociales positivas	<input type="checkbox"/> la adquisición y el uso de conocimiento y habilidades nuevos	<input type="checkbox"/> la toma de medidas para	El resultado está dirigido <input type="checkbox"/> a la participación familiar, el bienestar de la familia o información	<input type="checkbox"/> El resultado está dirigido a la transición
---------------------	-------------------------------	---	---	--	---	---

Si consideramos la información que usted compartió con nosotros sobre la vida diaria de su familia, ¿qué le gustaría ver que ocurriera en las actividades familiares como resultado de la ayuda y de los servicios de la Intervención temprana? ¿Cómo sabremos cuándo se cumplió el objetivo?

¿Qué sucede ahora?

Estrategias: ¿Qué pasos y actividades, incluidos quiénes y cuándo, nos ayudarán a cumplir el resultado del Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP)?

Ayuda que recibimos actualmente para alcanzar este resultado (formal e informal, incluidos los servicios que no proporciona la Intervención temprana).

Revisión del resultado: Una revisión del Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP) debe ocurrir al menos cada seis meses, pero puede que ocurra antes. Puede pedir una revisión del Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP) cuando lo desee.

Resultado de la revisión

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resultado logrado | <input type="checkbox"/> Se logró progreso; continuar con el resultado, estrategias y servicios actuales | <input type="checkbox"/> Continuar con el resultado y revisar las estrategias y/o servicios | <input type="checkbox"/> Revisar el resultado, las estrategias y los servicios | <input type="checkbox"/> Ya no es una prioridad de los padres |
|--|--|---|--|---|

Fecha

Fecha(s)

Fecha(s)

Fecha(s)

Fecha

Nuevas preocupaciones o situaciones que afectan al resultado

Progreso que se logró para alcanzar este resultado

Servicios de Intervención temprana: Al utilizar toda la información disponible, el equipo de IFSP detectó que los siguientes servicios de Intervención temprana respaldan nuestros resultados.

Tipo de servicio de Intervención temprana	Método	Lugar	Frecuencia	Duración de la sesión	Agencia proveedora	Fuente de financiación	Fecha de comienzo prevista	Fecha de finalización proyectada	Número(s) de resultado(s)

Método: Directo (D); Conjunto(C) • En persona: (P); Tecnología (T)

Lugar: Hogar (H); Comunidad (C); Otro (O)

Por cada servicio de Intervención temprana que no se proporcione en el entorno natural de nuestro/a hijo/a, se dará una explicación del motivo por el que no se puede lograr el resultado en el entorno natural.

Enumere los pasos que el coordinador/a de servicios y su familia tomarán, incluida la fecha proyectada, para mudar el servicio a un entorno natural.

Enumere todos los servicios de Intervención temprana que necesita, pero que aún no han sido coordinados.

Pasos que el coordinador/a de servicios tomará para coordinar los servicios de Intervención temprana que se necesitan.

Recepción puntual de los servicios (TRS) a más tardar el día _

Sección 5: Consentimiento para los servicios de Intervención temprana

Se me ha informado y comprendo toda la información relacionada con la prestación de servicios de Intervención temprana que se describen en este IFSP. Recibí una copia del folleto sobre los Derechos de los padres en la Intervención temprana en Ohio y entiendo mis derechos para dar consentimiento. Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de la Intervención temprana. He recibido una notificación previa por escrito sobre los servicios de Intervención temprana propuestos y estoy de acuerdo con la prestación de los servicios de Intervención temprana que se detallan en este IFSP.

 Firma del padre/la madre

 Nombre del padre/la madre

 Fecha

 Firma del padre/la madre

 Nombre del padre/la madre

 Fecha

Reconocemos que los resultados reflejan las prioridades e inquietudes de la familia y que los servicios de Intervención temprana apoyan esos resultados. Estamos de acuerdo en llevar adelante el plan de manera que brinde apoyo a la capacidad de la familia de ayudar a su niño/a a participar y aprender de las rutinas y actividades cotidianas siempre que sea posible.

Firma	Nombre, cargo y agencia	Método de participación	Fecha
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Método de participación: En persona (P); Tecnología (T); Escrito (E)

Formulario (EI)-5

Fecha del día de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento del niño/a

Nombre(s) del padre/la madre

Número del EIDS

Consentimiento para usar el seguro para los servicios de Intervención temprana

Uso del seguro privado

Mi coordinador/a de servicios me ha explicado la regla del "sistema de pagos" y cualquier costo potencial en que puedo incurrir cuando uso mi seguro privado para pagar los servicios de Intervención temprana, como por ejemplo copagos, deducibles, primas o costos a largo plazo como la pérdida de beneficios debido a brechas de la póliza de seguro respecto de la cobertura del seguro de salud anual o de por vida. He recibido una notificación por escrito de estos costos potenciales y de mis derechos. Comprendo que, al dar mi consentimiento para el uso de mi seguro privado, el estado pagará los copagos y deducibles de las primeras 55 unidades de los servicios de Intervención temprana en un año del Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP), si se determina que me encuentro en condiciones de pagar. El estado pagará los copagos y deducibles de todas las unidades de servicios de Intervención temprana si se determina que no estoy en condiciones de pagar.

Doy mi consentimiento para que mi seguro privado cubra los servicios de Intervención temprana (EI)

Sí

No

No tengo seguro privado

Número de la póliza de seguro principal

Fecha de comienzo

Fecha de finalización

Nombre de la compañía del seguro de salud

Nombre del asegurado

Número de la póliza de seguro secundaria

Fecha de comienzo

Fecha de finalización

Nombre de la compañía del seguro de salud

Nombre del asegurado

Firma(s) del padre/la madre

Fecha

Uso del seguro público

Mi coordinador/a de servicios me ha explicado las reglas del sistema de pagos de la Intervención temprana. He recibido una notificación escrita de mis derechos y entiendo que no hay costos potenciales por usar los beneficios de Medicaid para servicios de EI.

Doy mi consentimiento para compartir la información de carácter personal de mi hijo/a (información que sirve para identificar a mi hijo/a) con el proveedor de servicios de Intervención temprana en el Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP) y la agencia de Medicaid para fines de facturación.

Sí

No

Mi hijo/a no está cubierto/a por el seguro de Medicaid

Número de destinatario de Medicaid/Núm. de facturación

Firma(s) del padre/la madre

Fecha

Formulario (EI)-6

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

Nombre(s) del padre/la madre _____ Número del EIDS _____

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

Fecha de recepción de otro personal calificado de Intervención temprana, si corresponde

Consentimiento para la divulgación de registros y consentimiento para la divulgación y/o intercambio de información

Como padre, usted tiene derecho a dar o no permiso para la divulgación de los registros de Intervención temprana de su hijo/a a otras personas o agencias que no son parte del sistema de Intervención temprana. Se compartirá una copia de este formulario con las agencias o personas una vez que usted haya dado el permiso para divulgar los registros. Si usted prefiere que estas agencias o personas desconozcan que les dio permiso a otras agencias, solicite el uso de varios formularios de divulgación de registros. Como padre, usted tiene acceso a la totalidad del registro de Intervención temprana de su hijo/a. Un registro de Intervención temprana abarca todos los registros sobre su hijo/a recopilados, conservados o usados de conformidad con la ley federal, Parte C de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (IDEA).

Consentimiento para la divulgación de registros

Doy mi consentimiento para que se divulguen los siguientes registros de Intervención temprana

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP) | <input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso |
| <input type="checkbox"/> Resultados de la evaluación y valoraciones | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |

A las siguientes agencias o personas

Propósito de la divulgación de registros

Este consentimiento es válido

- hasta el tercer cumpleaños de mi hijo el
- por un año. Especifique la fecha de finalización
- Desde hasta

Mi coordinador/a de servicios o proveedor/a de Intervención temprana me brindó toda la información relacionada con la divulgación de los registros y me explicó mis derechos como padre/madre, incluido dar el consentimiento. Recibí una copia del folleto sobre los Derechos de los padres en la Intervención temprana de Ohio. Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de la Intervención temprana (EI). Comprendo y estoy de acuerdo con la divulgación de los expedientes de mi hijo/a.

Nombre(s) del padre/la madre _____

Firma(s) del padre/la madre _____

Fecha _____

Consentimiento para la divulgación y/o intercambio de información

Doy mi consentimiento para que se divulgue o intercambie la siguiente información de manera verbal, electrónica o por escrito

Entre la Intervención temprana y otras agencias o personas

Propósito de la divulgación o intercambio de información

Este consentimiento es válido

hasta el tercer cumpleaños de mi hijo el

por un año. Especifique la fecha de finalización

Desde hasta

Se me ha informado y entiendo el contenido relacionado con la divulgación y/o intercambio de información sobre mi hijo/a y sus registros de Intervención temprana. Recibí una copia del folleto sobre los Derechos de los padres en la Intervención temprana en Ohio y entiendo mis derechos para dar consentimiento. Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de la Intervención temprana.

Nombre(s) del padre/la madre

Firma(s) del padre/la madre

Fecha

Formulario (EI)-7

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

Nombre(s) del padre/la madre _____ Número del EIDS _____

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

El (fecha), se proporcionó una copia de este consentimiento a los padres

en persona por correo postal por correo electrónico

Consentimientos para la transición

Notificación del distrito escolar y el Departamento de Educación de Ohio (ODE): La Intervención temprana (EI) de Ohio requiere su consentimiento para compartir el nombre de su hijo/a y su información de contacto con el distrito escolar de Ohio responsable de la educación de su hijo/a y con el Departamento de Educación de Ohio (ODE). Esta información ayuda a los distritos escolares a preparar los programas de educación especial preescolar para el próximo año.

Mi coordinador/a de servicios me ha brindado toda la información relacionada con compartir con el distrito escolar y el Departamento de Educación de Ohio (ODE) el nombre y la fecha de nacimiento de mi hijo/a y mi información de contacto; asimismo me ha explicado mis derechos como padre/madre, incluido dar el consentimiento. Recibí una copia del folleto sobre los Derechos de los padres en la Intervención temprana de Ohio. Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de la Intervención temprana (EI).

- Comprendo lo que implica compartir el nombre y la fecha de nacimiento de mi hijo/a y mi información de contacto con el distrito escolar y con el Departamento de Educación de Ohio (ODE), y doy mi consentimiento.
- No doy mi consentimiento para compartir el nombre y la fecha de nacimiento de mi hijo/a y mi información de contacto con el distrito escolar ni con el Departamento de Educación de Ohio (ODE).

Nombre(s) del padre/la madre _____ Firma(s) del padre/la madre _____ Fecha _____

Entrevista de planificación de la transición (TPC): Si su hijo/a puede ser elegible para recibir los servicios preescolares según la parte B de la ley IDEA, Intervención temprana de Ohio (EI) solicita su consentimiento para programar una entrevista de planificación de la transición con un representante de su distrito escolar, quien le explicará el proceso de determinación de elegibilidad preescolar de acuerdo con la parte B. Esta conferencia debe llevarse a cabo entre 90 días y 9 meses antes del tercer cumpleaños de su hijo/a.

Si se determina que su hijo/a no es potencialmente elegible para los servicios preescolares de conformidad con la parte B de la ley IDEA, la Intervención temprana le pedirá su consentimiento para programar una conferencia de planificación de la transición con otros proveedores de servicios en la comunidad que usted y su equipo hayan identificado.

Mi coordinador/a de servicios me brindó toda la información relacionada con la conferencia de planificación de la transición (TPC) y me explicó mis derechos como padre/madre, incluido dar el consentimiento. Recibí una copia del folleto sobre los Derechos de los padres en la Intervención temprana de Ohio. Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de la Intervención temprana (EI).

- Comprendo lo que es una conferencia de planificación de la transición (TPC) y doy mi consentimiento para programar una.
- No doy mi consentimiento para programar una conferencia de planificación de la transición (TPC).

Nombre(s) del padre/la madre _____ Firma(s) del padre/la madre _____ Fecha _____

Formulario (EI)-7

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

Nombre(s) del padre/la madre _____ Número del EIDS _____

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

EI (fecha), se proporcionó una copia de este consentimiento a los padres

en persona por correo postal por correo electrónico

Consentimiento para derivar al niño/a a la Agencia educativa local y al Departamento de Educación de Ohio

La Intervención temprana (EI) de Ohio ha recibido una derivación para su hijo/a. Debido a que la Intervención temprana (EI) es un programa para niños con retrasos de desarrollo y discapacidades desde el momento de nacimiento hasta la edad de tres años, su hijo/a está demasiado cerca de cumplir los tres años para que Intervención temprana pueda determinar la elegibilidad del niño/a. No obstante, si sospecha que su hijo/a tiene un retraso en el desarrollo o una discapacidad, podría ser elegible para recibir servicios de educación preescolar especiales según lo determina la parte B de la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (IDEA).

Usted puede contactar a su distrito escolar para pedir una derivación.

Si prefiere que Intervención temprana (EI) se comunique con su distrito escolar para pedir una derivación, debe darnos su consentimiento. Cuando tengamos su consentimiento, le daremos su información de contacto y el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo/a a su distrito escolar, que es responsable de la educación de su hijo/a, y al Departamento de Educación de Ohio (ODE).

Se me ha informado y entiendo que mi información de contacto y el nombre de mi hijo/a se compartirá con mi distrito escolar local y con el Departamento de Educación de Ohio (ODE). Recibí una copia del folleto sobre los Derechos de los padres respecto de la Intervención temprana en Ohio junto a este formulario. Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de la Intervención temprana (EI). Doy mi consentimiento para que Intervención temprana comparta con el distrito escolar y con Departamento de Educación de Ohio (ODE) el nombre y la fecha de nacimiento de mi hijo/a y mi información de contacto.

Nombre(s) del padre/la madre _____

Firma(s) del padre/la madre _____

Fecha _____

Formulario (EI)-1

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

Nombre(s) del padre/la madre _____ Número del EIDS _____

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

El (fecha), los padres recibieron una copia de esta notificación y del consentimiento

en persona por correo postal por correo electrónico

Notificación previa por escrito de determinación de inelegibilidad

Resumen de evaluación

Su hijo/a fue evaluado/a en todas las áreas de desarrollo. Se utilizó más de un método y en más de una disciplina. En base a puntuaciones y la opinión clínica, el equipo de evaluación determinó que su hijo/a no muestra retrasos. Su hijo/a demuestra habilidades y comportamientos similares a niños de la misma edad y no es elegible para los servicios de Intervención temprana. A continuación, el equipo realizó un resumen del nivel actual de desempeño de su hijo/a en todas las áreas del desarrollo. Explican lo que concluyeron sobre el desarrollo de su hijo/a gracias a observaciones personales del niño/a, evaluaciones (que incluyen una o varias de las evaluaciones que se realizaron), revisión del historial de su hijo/a e información que usted compartió.

- I. **Administración de la herramienta:** En esta sección, el equipo de evaluación documenta qué herramienta se usó, la(s) fecha(s) de administración y los resultados en todas las áreas del desarrollo (adaptativa, física [motricidad gruesa y fina, visión, audición], comunicativa, socioemocional y cognitiva). Se incluyen el lugar de las evaluaciones y anotaciones de cualquier adaptación a la herramienta o al ambiente (equipo de adaptación, intérprete, lenguaje de señas).

- II. **Revisión del historial de su hijo/a:** Este es un resumen de los datos recabados por el equipo de evaluación al entrevistar a los padres y al revisar los expedientes de salud (médicos, de visión, de audición, de nutrición, genéticos, clínicos especializados) y de educación (como Early Head Start y proveedores de cuidado infantil).

III. Observación personal de su hijo/a: Este es un resumen de lo que el equipo de evaluación concluyó luego de observar a su hijo/a durante la evaluación. Incluye el tipo de actividades en las que su hijo/a participó, las personas con las que interactuó, y su reacción frente a situaciones y personas nuevas, como el equipo de evaluación, y conocidas.

IV. Información de otras fuentes, según sean útiles para comprender el desarrollo único de su hijo/a: Puede incluir aquí otro tipo de información que usted compartió, pero que no ha sido documentada.

Miembros del equipo de evaluaciones multidisciplinarias

Nombre en letra de imprenta	Disciplina	Información de contacto
-----------------------------	------------	-------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ideas y sugerencias para fomentar el desarrollo de su hijo/a

Ayuda y recursos comunitarios que podrían interesarle

Como padre, usted tiene opciones disponibles para la resolución de conflictos. Se adjunta una copia del folleto de los Derechos de los padres en la Intervención temprana en Ohio. Si tiene preguntas sobre los resultados, comuníquese con su coordinador/a de servicios de Intervención temprana (EI). También puede comunicarse con el coordinador/a de servicios si tiene inquietudes nuevas sobre el desarrollo de su hijo/a antes de los tres años de edad.

Nombre del coordinador/a de servicios

Información de contacto del coordinador/a de servicios

Formulario (EI)-10

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento del niño/a

Nombre(s) del padre/la madre

Número del EIDS

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

El (fecha), los padres recibieron una copia de esta notificación y del consentimiento

en persona por correo postal por correo electrónico

Notificación previa por escrito de finalización

La Intervención temprana (EI) de Ohio propone terminar con los servicios de Intervención temprana para usted y su hijo/a. La Intervención temprana (EI) de Ohio retendrá una copia de los expedientes de su hijo/a hasta el noveno cumpleaños del niño/a. Usted tiene derecho a revisar o pedir el expediente del niño/a. La Intervención temprana de Ohio propone dar de alta a su hijo/a del sistema de Intervención temprana diez días después de que usted haya recibido esta notificación por los siguientes motivos:

- Se le realizó una evaluación a su hijo/a y no se encontró motivo alguno para sospechar un retraso en el desarrollo o discapacidad. Puede pedir una evaluación en cualquier momento si se comunica con su coordinador/a de servicios de Intervención temprana.
- Usted no proporcionó el consentimiento para la evaluación o valoración de su hijo/a.
- Su hijo/a no cumple con los requisitos de elegibilidad para recibir los servicios de Intervención temprana.
- No se completó la determinación de elegibilidad necesaria.
- No se completó la evaluación anual del niño/a necesaria.
- Usted determinó que su familia no necesita del Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP) en este momento.
- Se cumplieron los resultados esperados del Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP) de su hijo/a, y el equipo de IFSP acordó que no es necesario obtener más resultados del IFSP.
- Usted terminó su participación en el sistema de Intervención temprana.
- No hemos logrado contactarnos con usted. Comuníquese con su coordinador/a de servicios de Intervención temprana dentro de los diez días calendarios de recibir esta notificación.
- Su hijo/a se mudó fuera del estado de Ohio.
- Su hijo/a pasó a los servicios de la Parte B con un Plan de Educación Individualizada (IEP) antes de cumplir los tres años.

Comentarios:

Como padre, usted tiene opciones disponibles para la resolución de conflictos. Se adjunta una copia del folleto de los Derechos de los padres en la Intervención temprana. Si cree que el motivo de la salida de su hijo/a es confuso o inexacto, comuníquese conmigo.

Nombre del coordinador/a de servicios de Intervención temprana

Información de contacto del coordinador/a de servicios de Intervención temprana

Usted puede volver a derivar a su hijo en cualquier momento antes de que cumpla tres años al comunicarse con Central Intake al 1-800-755-4769 o si visita www.ohioearlyintervention.org.

Formulario (EI)-11

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

Nombre(s) del padre/la madre _____ Número del EIDS _____

Notificación previa por escrito sobre el cambio propuesto en los servicios

Cuando un proveedor de servicios de Intervención temprana (EI) de Ohio recomienda o propone comenzar (iniciar) o cambiar los servicios de Intervención temprana que se brindan a su familia e hijo/a, es nuestra obligación comunicarle por escrito al menos diez días antes del comienzo o cambio en el servicio de Intervención temprana.

La Intervención temprana de Ohio propone comenzar cambiar uno o más servicios de Intervención temprana para su hijo/a y su familia.

Detalles sobre el cambio propuesto

Motivo del cambio propuesto

Fecha propuesta para el cambio (no menos de 10 días desde el día de la fecha)

Si tiene preguntas sobre esta acción, comuníquese conmigo lo antes posible.

Nombre del proveedor de servicios de Intervención temprana _____

Información de contacto del proveedor de servicios de Intervención temprana (EI) _____

Como padre, usted tiene opciones disponibles para la resolución de conflictos. Se adjunta una copia del folleto de los Derechos de los padres en la Intervención temprana en Ohio. Si usted tiene preguntas, comuníquese con su coordinador/a de servicios de Intervención temprana al:

Nombre del coordinador/a de servicios de Intervención temprana _____

Información de contacto del coordinador/a de servicios de Intervención temprana _____

Renuncia a la notificación (opcional)

Comprendo mi derecho a recibir una notificación por escrito 10 días antes de la actividad propuesta, y renuncio a dicho derecho.

Iniciales del padre/
la madre

Fecha

El (fecha) (nombre/función) envió una copia de esta notificación y el formulario de consentimiento a los padres

en persona por correo postal por correo electrónico.

Si una persona distinta al coordinador/a de servicios de Intervención temprana completa este formulario, el proveedor de Intervención temprana debe enviar una copia al coordinador/a de servicios de Intervención temprana dentro los cinco días calendario desde que los padres hayan recibido la notificación.

Formulario (EI)-12

Documentación de la afección diagnosticada

Estimado profesional médico: Según los requerimientos estatales y federales para la elegibilidad de conformidad con la Parte C de la Ley Federal de Educación para Individuos con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), la mayoría de los diagnósticos médicos no derivan en elegibilidad automática para la Intervención temprana (EI). No obstante, un profesional autorizado para diagnosticar y tratar trastornos físicos o mentales puede determinar que es muy probable que una afección diagnosticada del niño/a derive en un retraso en el desarrollo. La elegibilidad para la Intervención temprana puede establecerse para el niño/a por un año. Luego, el equipo de Intervención temprana llevará a cabo una evaluación completa para determinar las necesidades del niño en el programa. **Para poder determinar la elegibilidad para la Intervención temprana en este formulario, debe completar todas las secciones.**

Nombre del niño/a	Fecha de nacimiento del niño/a	Nombre(s) del padre/la madre
-------------------	--------------------------------	------------------------------

Indique en el casillero el diagnóstico específico del niño/a. No incluya "retraso generalizado", "retraso en el desarrollo" o inquietudes sobre el desarrollo como "preocupaciones sobre el desarrollo del habla".

Seleccione uno de los casilleros a continuación

Es mi impresión que la afección del niño/a dará como resultado un retraso en el desarrollo en, al menos, una de las siguientes áreas del desarrollo (marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Comunicación | <input type="radio"/> Social/Emocional |
| <input type="radio"/> Motricidad | <input type="radio"/> Habilidades adaptativas/cuidado personal/independencia |
| <input type="radio"/> Visión | <input type="radio"/> Cognitivo/capacidad para resolver problemas |
| <input type="radio"/> Audición | <input type="radio"/> Otro (especifique) _____ |

Comentarios (opcional)

No tengo razón alguna para creer que la afección del niño/a podría resultar en un retraso del desarrollo. No obstante, entiendo que el padre/la madre y el niño/a tienen el derecho de que se realice una evaluación del desarrollo para determinar la elegibilidad.

Profesional autorizado para realizar el diagnóstico y tratar condiciones físicas o mentales

Nombre	Tipo de licencia	Teléfono
Firma	Correo electrónico	Fecha

Devuelva este formulario al coordinador/a de servicios de Intervención temprana del niño/a

Nombre del coordinador/a de servicios	Número de fax	Correo electrónico
---------------------------------------	---------------	--------------------

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

Fecha de recepción del formulario ____ Número del EIDS _____

Formulario

Fecha de hoy _____

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento del niño/a _____

Nombre(s) del padre/la madre _____

Número del EIDS _____

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

El _____ (fecha), los padres recibieron una copia de esta notificación en persona por correo postal por correo electrónico. otros el _____ (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

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

Nombre, cargo o agencia

Si 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

Formulario

Seguimiento de la derivación profesional

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios:

Fecha de derivación recibida por la agencia local de coordinadores de servicios de El

Solo con el consentimiento del padre/la madre, se proveerá una copia de este formulario al profesional que derivó al niño/a a Intervención temprana (EI).

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento del niño/a

Nombre del profesional que derivó al niño/a

Nombre de la agencia

Información de contacto del profesional o la agencia

Mi coordinador/a de servicios me ha brindado toda la información relacionada con compartir el estado de la derivación de mi hijo/a a Intervención temprana (EI) y me explicó mis derechos como padre/madre, incluido dar mi consentimiento. Recibí una copia del folleto sobre los Derechos de los padres en la Intervención temprana de Ohio. Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de la Intervención temprana (EI). Entiendo y doy mi consentimiento para compartir información sobre el estado de la derivación de mi hijo/a al profesional que hizo la derivación.

Nombre(s) del padre/la madre

Firma(s) del padre/la madre

Fecha

- El padre/la madre no dio el consentimiento para compartir la información sobre el estado de la derivación del niño/a. Contacte a la familia para obtener más información.
- En repetidas situaciones, se trató de contactar a los padres sin éxito. Háganos saber si tiene nueva información de contacto por parte de los padres.

Se contactó al padre/la madre y ocurrió lo siguiente:

- Los padres rechazaron los servicios de Intervención temprana
- En proceso de determinar elegibilidad
- Elegible para recibir Intervención temprana de Ohio
- No es elegible para recibir Intervención temprana en Ohio
- El equipo de Intervención temprana, que incluye al padre/la madre, determinaron que los servicios de Intervención temprana no eran necesarios en este momento

¡La Intervención temprana de Ohio agradece su derivación! Puede volver a derivar en cualquier momento comunicándose con Central Intake al 1-800-755-4769 o visitar www.ohioearlyintervention.org.

Formulario

Fecha del día de hoy _____

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento del niño/a _____

Nombre(s) del padre/la madre _____

Número del EIDS _____

Determinación de la capacidad del padre/la madre para pagar los servicios de Intervención temprana

Documentación (solo se requiere un elemento)

(A) Tarjeta Medicaid de Ohio (B) Tarjeta del Programa WIC de Ohio (C) Ingresos del padre/de la madre

Ingresos del padre/la madre semanal (52) cada dos semanas (26) mensual (12) dos veces por mes (24) tamaño de la familia: _____

Fecha(s) de talón _____

Monto(s) bruto(s) _____

Ingresos del padre/la madre semanal (52) cada dos semanas (26) mensual (12) dos veces por mes (24) tamaño de la familia: _____

Fecha(s) de talón de pago _____

Monto(s) bruto(s) _____

Ingresos anuales totales _____

¿Son los ingresos familiares menores o iguales que la elegibilidad para niños no asegurados de Healthy Start? (206 % FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> Sí No

Elegí no compartir mi información financiera y entiendo que, según OAC 5123:10-03 (D), seré responsable de pagar el costo de los servicios de Intervención temprana por encima de las 55 unidades de financiación pública.

Iniciales del padre/la madre _____

He visto y examinado la documentación que proporcionó el padre/la madre según OAC 5123:2-10-03 (D) y he determinado que el padre/la madre no puede puede pagar los servicios de Intervención temprana.

Nombre del coordinador/a de servicios de Intervención temprana (EI) _____

Fecha _____

Firma del coordinador/a de servicios de Intervención temprana (EI) _____

He revisado la información en este formulario y mi coordinador/a de servicios me ha explicado la determinación de si puedo o no pagar por los servicios de Intervención temprana.

Firma(s) del padre/la madre _____

Fecha _____

Formulario (EI)-16

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

EI (fecha/dentro de los 30 días de firmado el IFSP), se envió este formulario a DODD junto con los formularios EI-04 EI-05 EI-15

Fecha de hoy _____ Nombre del niño/a _____
 Número del EIDS _____ Fecha de nacimiento del niño/a _____

Pago de los servicios de Intervención temprana

Nombre del padre/la madre			Nombre del padre/la madre		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de seguro social			Número de seguro social		
Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo		Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	
Correo electrónico			Correo electrónico		
Dirección del niño/a				Condado	
Ciudad	Estado	Código postal	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		

Servicios de IFSP de Intervención temprana recomendados (agregue páginas de ser necesario)

Categoría del	Nombre y dirección del proveedor	Frecuencia	Fuente del pago

Firma del coordinador/a de servicios		Fecha	Correo electrónico del coordinador/a de servicios		
Nombre del coordinador/a de servicios		Nombre de la agencia		Número de teléfono	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	

Autorizo por la presente al coordinador/a de servicios que figura a continuación para enviar esta solicitud al Departamento de discapacidades del desarrollo de Ohio para pagar por los servicios del niño/a que se menciona en esta solicitud.

Nombre(s) del padre/la madre _____ Firma del padre/la madre _____ Fecha _____

Para uso exclusivo de DODD

Aprobado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	55 unidades iniciales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solicitud de servicios adicionales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gastos médicos extraordinarios cubiertos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de aplicación	Fecha de vencimiento
Personal de DODD				Fecha	

Formulario (EI)-17

Fecha de hoy _____

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento del niño/a _____

Nombre(s) del padre/la madre _____

Número del EIDS _____

Hoja de gastos médicos extraordinarios

Ingresos de los padres: semanal (52) cada dos semanas (26) mensual (12) bimestral (24)
tamaño de la familia: _____

Fecha(s) de talón de pago _____

Monto(s) bruto(s) _____

Ingresos de los padres: semanal (52) cada dos semanas (26) mensual (12) bimestral (24)
tamaño de la familia: _____

Fecha(s) de talón de pago _____

Monto(s) bruto(s) _____

Ingresos anuales totales _____

Puede encontrar estimaciones para ingresos familiares de 210 % a 401 % o más según el Nivel Federal de Pobreza (FPL) en <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>.

_____ x _____ = _____ Ingresos anuales
Gastos médicos extraordinarios (EME) Gastos médicos de desembolso por cuenta propia

Calculé el monto anticipado de los gastos médicos de desembolso por cuenta propia en base a los niveles federales de pobreza más recientes según lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, publicados en el registro federal. He compartido esta información con el padre/la madre. El Departamento de Discapacidades del Desarrollo (DODD) usará esta información para realizar una determinación final de los gastos médicos extraordinarios de la familia.

Nombre del coordinador/a de servicios de Intervención temprana (EI) _____

Fecha _____

Firma del coordinador/a de servicios de Intervención temprana (EI) _____

