|  |
| --- |
| CONSENTIMENTO PARA MUDANÇA NO PLANO DE ENTREGA DE SERVIÇOS |
| *Deve ser realizada uma revisão do Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP) para uma criança e sua família a cada seis (6) meses ou com mais frequência se as condições justificarem a revisão ou se a família solicitar uma reunião para revisar o IFSP. O objetivo da revisão periódica é determinar o grau de progresso dos resultados que devem ser alcançados ou se está sendo feito progresso nos desfechos identificados no IFSP e/ou se são necessárias modificações ou revisões dos desfechos, resultados ou serviços de intervenção precoce identificados no IFSP. A revisão pode ser realizada por uma reunião ou por outro meio que seja aceitável para os pais e os outros participantes.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MUDANÇAS NA ENTREGA DE SERVIÇOS** | | |
|  | | |
| **NOTIFICAÇÃO DOS DIREITOS DA FAMÍLIA** | | |
| (Iniciais pais) | Fui/Fomos informados de nossos Direitos de Família e recebi/recebemos uma cópia dos mesmos durante o processo de desenvolvimento do IFSP (Individualized Family Service Plan - Plano de Serviço Familiar Individualizado) e compreendemos que os serviços porventura aceitos serão fornecidos. | |
| **CONSENTIMENTO PARA SERVIÇOS** | | |
| Os pais têm o direito de fornecer, reter ou revogar seu consentimento para qualquer serviço. Os pais devem dar seu consentimento por escrito para qualquer alteração nos serviços de EI. O consentimento significa que você foi informado das mudanças e que concorda com elas. Qualquer serviço para o qual um dos pais dê consentimento deve ser fornecido no prazo de 30 dias. | | |
| Participei/Participamos do desenvolvimento de nosso IFSP (BHGFVGBHNH) e:  Concordo/Concordamos com os serviços descritos neste plano.  ***OU***  Recusamos os serviços de IFSP neste momento.  ***OU***  Concordo/Concordamos com os serviços neste plano, com as seguintes **exceções**: | | |
| Assinatura do pai, mãe ou responsável: | | Data: |
| Assinatura do pai, mãe ou responsável: | | Data: |
| **CONSENTIMENTO PARA ACESSAR O SEGURO** | | |
| Consinto/Consentimos que o programa de EI (Early Intervention - Intervenção Precoce) acesse nosso seguro público e/ou privado para o pagamento dos serviços de Intervenção Precoce descritos neste plano. | | |
| Assinatura do pai, mãe ou responsável: | | Data: |
| Assinatura do pai, mãe ou responsável: | | Data: |