

Nome da criança: _____

Nasc.: _____

Data de hoje: _____

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

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.

(Iniciais pais)

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 (BHGFVGBHNN) 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:

NOME e INFORMAÇÕES DO PROGRAMA