

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nac.: _____

Fecha de hoy: _____

CONSENTIMIENTO DE CAMBIOS EN EL PLAN DE SERVICIOS

Se debe realizar una revisión del Plan de Servicio Familiar Personalizado (IFSP, por sus siglas en inglés) para el niño y su familia cada seis (6) meses o con más frecuencia, si las condiciones así lo justifican, o si la familia solicita una reunión para revisar el IFSP. El fin de esta revisión periódica es determinar el grado de progreso para alcanzar los resultados identificados en el IFSP o determinar si las modificaciones o revisiones de los resultados o de los servicios de EI identificados en el IFSP son necesarias. La revisión puede ser realizada mediante una reunión o por otros medios que los padres y otros participantes acepten.

CAMBIOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS FAMILIAS

_____ Hemos sido informados y recibimos una copia de nuestros Derechos de las Familias durante el proceso de desarrollo del IFSP y entendemos que se
(Iniciales de los brindarán todos los servicios aceptados.
padres)

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS

Los padres tienen derecho a brindar, suspender o revocar su consentimiento para todos los servicios. Los padres deben dar su consentimiento por escrito para cualquier cambio en los servicios de EI. Dar consentimiento significa que conocen los cambios hechos y que los aceptan. Cualquier servicio que recibe el consentimiento de los padres debe brindarse dentro de los 30 días.

Hemos participado del desarrollo de nuestro IFSP y además:
 Aceptamos los servicios descritos en este plan.
O
 Rechazamos los servicios del IFSP en este momento.
O
 Aceptamos los servicios de este plan con las siguientes **excepciones:**

Firma de padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Firma de padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER AL SEGURO

Damos nuestro consentimiento para que el Programa de EI acceda a nuestro seguro público o privado para el pago de los servicios de EI descritos en este plan.

Firma de padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Firma de padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

***NOMBRE E INFORMACIÓN DEL PROGRAMA**