

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
SERVICIO FAMILIAR TRANSICIÓN**

Tipo de IFSP: \_\_\_\_\_

Fecha de IFSP: \_\_\_\_\_

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Distrito escolar: \_\_\_\_\_ Fecha de elegibilidad al AzEIP: \_\_\_\_\_

Fecha de Planificación de Transición  
(*Consulte al calendario de transición del AzEIP*): \_\_\_\_\_ Fecha Final de  
Planificación de Transición: \_\_\_\_\_

Fecha de Conferencia de Transición  
(*Consulte al calendario de transición del AzEIP*): \_\_\_\_\_ Fecha cuando se celebró la  
Conferencia de Transición: \_\_\_\_\_

***Al afirmar con mis iniciales a continuación, reconozco que hemos hablado de los pasos de la Reunión sobre la Planificación de Transición necesarios para apoyar la transición de intervención temprana de mi niño/a y familia:***

\_\_\_\_\_ Mi Coordinador de Servicio me explicó que el propósito de la Reunión de Planificación de Transición es para hablar y documentar todos los pasos necesarios para asegurar que mi niño/a y familia tengan una transición de los servicios de intervención temprana a la edad de 3, sin complicaciones.

\_\_\_\_\_ Se tiene que haber finalizado una lista de verificación del examen de la vista dentro de los últimos 12 meses; Fecha del último examen de la vista de mi niño/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Se tiene que haber llevado a cabo un examen auditivo dentro de los últimos 12 meses; Fecha del último examen auditivo mi niño/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Si no se ha hecho un examen auditivo dentro de los últimos 12 meses, uno se llevará a cabo a más tardar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Recibí información de mi Coordinador de Servicio para ayudarme a obtener un examen auditivo para mi niño/a.

***Mi Coordinador de Servicio y equipo hablaron conmigo de los servicios y apoyos que pueden estar disponibles para mi niño/a y familia en la transición de los servicios de intervención temprana, lo cual incluye calendarios provisionales, tal como se documentan a continuación:***

\_\_\_\_\_ Opciones preescolares (*p.ej., escuela preescolar para niños discapacitados, privadas o comunitarias, programa Head Start*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Recursos comunitarios (*p.ej., programas de visitas domiciliarias, grupos de apoyo o capacitación para padres*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Las opciones disponibles mediante el seguro médico de mi niño/a y/u otras agencias públicas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mi Coordinador de Servicio habló de la necesidad de proporcionar consentimiento fundamentado antes de divulgar información sobre mi niño/a y familia con cualquier parte involucrada con el proceso de transición de mi niño/a.

\_\_\_\_\_ Mi familia tiene las siguiente preguntas, preocupaciones y prioridades con respecto a la transición de los servicios de intervención temprana de mi niño/a:

Como consecuencia de estas preguntas, preocupaciones y prioridades, el (los) Resultado(s) del IFSP se desarrollaron específicamente para apoyar a mi niño/a y familia. Consulte al número de Resultado(s) del IFSP \_\_\_\_\_.

**NOTIFICACIÓN DE PEA**

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi Coordinador de Servicio proporcionará una notificación, la cual incluye información demográfica sobre mi niño/a y familia a mi distrito escolar regional y al Departamento de Educación de Arizona (basándose en el Calendario de Transición del AzEIP), a menos de que opté a no recibir esta notificación al firmar la parte de opción de exclusión voluntaria del formulario de la Recomendación para Notificar a la PEA.

Fecha de envió de Notificación de PEA: \_\_\_\_\_ Fecha que el padre optó a no recibir Notificación: \_\_\_\_\_

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE  
SERVICIO FAMILIAR TRANSICIÓN**

Tipo de IFSP:

Fecha de IFSP:

Nombre del Menor (*Nombre, S.I., Apellido*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**PLANIFICACIÓN DE LA CONFERENCIA DE TRANSICIÓN**

\_\_\_\_\_ **Consiento** a celebrar una Conferencia de Transición y entiendo que mi Coordinador de Servicio tiene que enviar una invitación para participar a un(os) representante(s) de mi distrito escolar regional. Además, me gustaría que se inviten a la Conferencia de Transición a las siguientes personas y/o programas:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **No consiento** a que se celebre una Conferencia de Transición y entiendo que mi Coordinador de Servicio no coordinará una reunión con mi distrito escolar regional.

Iniciales de la parte responsable	Actividades adicionales antes de la salida:	Fecha de logro
	Resumen de los indicadores a la salida del niño/a concluido.	
	Mi Coordinador de Servicio y equipo me proporcionaron una Encuesta Familiar de AzEIP, y me explicaron la importancia de llenarla.	
	Mi Coordinador de Servicio me proporciono una copia del expediente de mi niño/a antes de salir de la intervención temprana.	
	Si mi niño/a tiene derecho al Plan de Salud de AHCCCS, se le recomendará al AHCCCS para servicios continuos después de la edad de 3.	
	Si mi niño/a tiene derecho a la DDD, cuando cumpla 3 años mi familia tiene previsto: Permanecer inscrito en la DDD Salir de la DDD	
	Si mi niño/a actualmente no tiene derecho a la DDD, mi Coordinador de Servicio ha hablado de los requisitos para tener elegibilidad a la DDD, y mi Coordinador de Servicio y familia tienen previsto: Finalizar el proceso de solicitud de la DDD en este momento No finalizar el proceso de solicitud de la DDD en este momento	
	Otro:	
	Otro:	
	Otro:	