

CONFIRMACIÓN DEL FOLLETO ACERCA DE LOS DERECHOS DEL MENOR Y LA FAMILIA

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): _____ I-TEAMS ID: _____

Mi coordinador de servicios me ofreció una copia del folleto Derechos del Menor y la Familia bajo el Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP, por sus siglas en inglés).

Sí No

Se me ha explicado completamente el contenido del folleto Derechos del Menor y la Familia bajo AzEIP.

Sí No

Entiendo mis derechos tal como han sido explicados.

Sí No

Si alguno de los anteriores está marcado no, mi Coordinador de servicios y yo hemos hablado acerca del plan para asegurarme de estar completamente informado de mis derechos. El plan y la cronología se documentan aquí:

Medida	Fecha límite

Si tengo preguntas acerca de mis derechos dentro de AzEIP, puedo comunicarme con mi coordinador de servicios o su supervisor en:

Nombre del coordinador de servicios: _____

Teléfono del coordinador: _____ Correo electrónico del coordinador: _____

Nombre del director/supervisor del programa: _____

Teléfono del supervisor: _____ Correo electrónico del supervisor: _____

También puedo comunicarme con la oficina de AzEIP por teléfono al (602) 532-9960 o de manera gratuita al (844) 770-9500, por medio del sitio web de AzEIP en <https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-infant> o por correo:

Arizona Early Intervention Program (AzEIP)
PO Box 6123 MD 2HP1
Phoenix, AZ 85005-6123

Firma del padre (IDEA Parent): _____ Fecha: _____

Firma del coordinador de servicios: _____ Fecha: _____