

Paquete de la Adenda del IFSP y Revisión de la Reunión de Planificación

Índice

1. GCI-1021G-J-S – Paquete Adenda del Plan Individualizado de Servicio Familiar (IFSP)
2. DDD-2364A-S – Revisión de la Reunión de Planificación
3. GCI-1044A-S – Notificación de reunión del IFSP

Plan Individualizado de Servicio Familiar Servicios Necesarios para Avanzar hacia los Resultados

Nombre del menor (*Nombre, S.I., Apellido*): _____ Fecha de nacimiento: _____

Núm. de resultado	Servicio de intervención temprana	*Intensidad	Frecuencia		Entorno del servicio H = Hogar C = Comunidad O = Otro <i>(Si es otro, llene la justificación a continuación)</i>	Método		Duración	
			Núm. de sesiones	Núm. de minutos por sesión		Identificador de TBEIS	Método principal	Fecha inicial prevista	Fecha final prevista
	Coordinación de Servicio				H C O				
					H C O				
					H C O				
					H C O				
					H C O				
					H C O				
					H C O				

Marque **solo** un Entorno del servicio primario: H C O

(El entorno primario es el entorno en el cual el bebé o niño pequeño recibe la mayor cantidad de horas de un servicio de intervención temprana.)

*Intensidad: I = Individual UN = Varios niños con elegibilidad (2) UP = Varios niños con elegibilidad (3 o más)

Justificación de los resultados de la intervención temprana que no pueden lograrse de manera satisfactoria en un entorno natural

Servicio	Ubicación del servicio	Proveedor de servicio
----------	------------------------	-----------------------

Si no se proporciona un servicio de intervención temprana en el entorno natural, ¿cuál es la justificación de la decisión del equipo del IFSP que los resultados no pueden lograrse en el entorno natural?

Explique como los servicios de intervención temprana apoyarán la participación del niño en las rutinas y actividades para alcanzar los resultados del IFSP.

Explique el plan y la cronología para mover los servicios al entorno natural.

Plan Individualizado de Servicio Familiar Acuerdo de Pagos para los Servicios

Nombre del menor (*Nombre, S.I., Apellido*): _____ Fecha de nacimiento: _____

El Coordinador de Servicio y la familia hablaron del uso de seguro privado y/o público de la familia:

Seguro público:

Atención integral de AHCCCS CHP AIHP DDD/ALTCS EPD/ALTCS Tricare

Plan de salud: _____

Plan de seguro privado: _____

(Se requiere consentimiento antes de cobrarle a los seguros públicos y privados)

Servicio de intervención temprana (no siglas)	Disciplina	*Fuente(s) de financiación (incluya todo lo que corresponda)

***Fuente de financiamiento:**

1 = Medicaid (AHCCCS)

2 = Seguro Privado (PI)

3 = Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP)

4 = División de Discapacidades de Desarrollo (DDD)

5 = Sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS)

6 = Arizona State Schools for the Deaf and the Blind (Escuelas Estatales para los Sordos y Ciegos, ASDB)

Otros servicios (implementados o necesitados)

Los servicios tales como los médicos, recreativos, religiosos, sociales y otros servicios relacionados a los niños no requeridos o financiados bajo la intervención temprana que contribuyen a este plan.

- Los recursos que tiene su familia los cuales son útiles para satisfacer las necesidades de su niño o familia (*p.ej., relevo, cubierto bajo ALTCS*).
- Los recursos que le interesan para ayudar a su familia (*p.ej., WIC, cuidado de salud, etc.*).

Recurso(s), Servicio(s), y Apoyo(s)	Marque si es necesario	Fuente de Pago	Pasos para tomarse (incluya la persona responsable y la cronología)

Plan Individualizado de Servicio Familiar Consentimiento Informado por los Padres para los Servicios

Nombre del menor (*Nombre, S.I., Apellido*): _____ Fecha de nacimiento: _____

He participado en el desarrollo de este IFSP y entiendo que puedo aceptar o declinar cualquiera de o todos los servicios identificados en el IFSP. Entiendo que mi consentimiento para los servicios puede retirarse en cualquier momento. Por favor, escriba sus iniciales y firme a continuación.

- _____ 1a. Estoy de acuerdo con el IFSP propuesto tal como está escrito. Además, entiendo que mi firma a continuación indica que: (a) He sido plenamente informado de los servicios que se proponen y de la razón que los servicios se proponen; (b) mi coordinador de servicios explicó mis derechos bajo este programa; y (c) Doy consentimiento para llevar a cabo este IFSP tal como está escrito.
- _____ 1b. No estoy de acuerdo con el IFSP propuesto tal como está escrito (El formulario de aviso por escrito previo tiene que llenarse y entregarse a la familia). Sin embargo, consiento a los siguientes servicios o frecuencia:

- _____ 2. Mi Coordinador de Servicios explicó mis derechos bajo este programa.
 Acepto No acepto una copia en escrito del Manual de Derechos de la Familia del AzEIP.
- _____ 3. He recibido una copia de la Encuesta Familiar del AzEIP (Anual o de Transición/Salida del IFSP).

Firma del padre

Fecha

Firma del padre

Fecha

Además de la publicación de este IFSP a los miembros del equipo, doy mi consentimiento para que se envíe una copia del IFSP a las personas o agencias indicadas a continuación.

Nombre de la persona o agencia (<i>p.ej., pediatra, programa de Early Head Start</i>)	Propósito

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Entiendo que he acordado a divulgar mi IFSP a la persona o agencia indicada anteriormente y que la persona o agencia no pueden divulgar este IFSP sin mi consentimiento. Este consentimiento es válido por un año a menos que lo retracte en cualquier momento.

Describa las observaciones e interacciones con el miembro. (p. ej., apariencia del miembro, cómo participó en la reunión de revisión, qué estaba ocurriendo durante la reunión, entorno). **El miembro debe estar presente en la reunión.**

Comentarios:

II. Revisión del Plan y Retroalimentación del Equipo

A. ¿Qué cambios han ocurrido en su vida desde la última vez que nos reunimos?

B. ¿Está satisfecho con la situación de vivienda actual o le gustaría explorar otras opciones?

Documente la discusión y el resultado:

C. ¿Está recibiendo los servicios evaluados de manera regular? Sí No

Si no, indíqueme su experiencia con los apoyos y servicios actuales, así como cualquier deficiencias o barreras.

D. ¿Ha habido algún cambio en los servicios indirectos (escuela, salud conductual (BH, por sus siglas en inglés), etc.)?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué actualizaciones o cambios recientes debemos conocer?

E. ¿De qué manera los servicios de atención a largo plazo están satisfaciendo, o no satisfaciendo, sus necesidades?

F. ¿Cuál ha sido su experiencia con sus proveedores actuales?

III. Apoyos e Información Médica (Documente todos los cambios en la sección de Discusión).

¿Ha experimentado algún cambio en su(s) condición(es) médica(s)? Sí No
Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

¿Ha tenido alguna cita médica o dental desde la última reunión? Sí No
Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

¿Ha habido algún cambio en la medicamentos
(*incluyendo medicamentos psicotrópicos*) desde la última reunión? Sí No
Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

¿Ha sido hospitalizado, incluyendo visitas a la sala de emergencias,
en los últimos 90 días por un problema o preocupación médica? Sí No
Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

¿Ha habido algún cambio en sus necesidades y/o servicios de salud conductual?

Sí No

Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

¿Ha habido algún incidente conductual desde la última reunión que haya involucrado a la policía, llamadas de crisis o informes de incidentes?

Sí No

Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

¿El miembro necesita un plan de conducta? Si la respuesta es sí, describa el plan para desarrollar e implementar un Plan de Conducta e incluya las acciones en la Sección IX.

Sí No N/A

Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

Si tiene un Plan de Conducta, ¿está actualizado y es efectivo?

Sí No N/A

Documente la discusión y cualquier cambio, si corresponde:

IV. Objetivos y Resultados Individuales

Revise y escriba cada objetivo y resultado del plan actual. Indique si algún objetivo fue agregado, revisado o descontinuado.

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

Objetivo #:

Resultado:

Progreso (*Incluya actualizaciones de progreso de todos los miembros del equipo de planificación y las acciones a seguir*):

Cambios: No se necesitan cambios Revisado Nuevo Descontinuado

Si es nuevo, complete lo siguiente:

¿Dónde se encuentra ahora (en el momento de este plan, incluyendo cualquier barrera que afecte o impida que el miembro complete o logre su objetivo)?

¿Qué acciones tomará el equipo para apoyar al miembro en el logro de su objetivo, incluyendo la reevaluación de objetivos, intervenciones, estrategias para el logro del objetivo, etc.)? El administrador de casos debe documentar la participación activa del miembro en el progreso o logro de su objetivo.

A.

B.

C.

Quién hará qué:	¿Cuándo?
A.	
B.	
C.	

V. Servicios Actuales Autorizados

Marque aquí si el miembro no tiene ningún servicio.

Servicio y proveedor	Frecuencia del servicio vigente antes de esta evaluación	Frecuencia del servicio evaluada actualmente	Cambio en el servicio	Fecha de inicio/ finalización	Miembro/HCDM
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo

Servicio y proveedor	Frecuencia del servicio vigente antes de esta evaluación	Frecuencia del servicio evaluada actualmente	Cambio en el servicio	Fecha de inicio/ finalización	Miembro/HCDM
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo

Servicio y proveedor	Frecuencia del servicio vigente antes de esta evaluación	Frecuencia del servicio evaluada actualmente	Cambio en el servicio	Fecha de inicio/ finalización	Miembro/HCDM
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo
			Ninguno Nuevo Aumentar Reducir Finalizar Suspender Retroactivo		De acuerdo En desacuerdo

¿Se revisó la Herramienta de Necesidades de Servicios en el Hogar y la Comunidad? Sí No N/A
Describa cualquier cambio realizado, los servicios y las opciones de proveedores discutidos, y si se han completado las herramientas de evaluación de servicios actualizadas:

VI. Modelo De Servicio Seleccionado

¿Se han realizado cambios en el modelo de servicio seleccionado?			Sí	No	N/A
Si la respuesta es sí, ¿qué modelo de servicio fue seleccionado?					
Tradicional	Agencia con opción	Proveedor independiente (DDD)			
Padres como cuidadores remunerados	Cuidado del cónyuge como asistente	N/A			

VII. Riesgos

¿Existen riesgos nuevos o cambios en los riesgos previamente identificados? Sí No

Fecha en que se identificó el nuevo riesgo _____

Para cualquier riesgo nuevo, describa los cambios:

¿Cuál es el riesgo?

Describe el riesgo. ¿Cómo se presenta para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Ubicación? ¿Duración?

Factores que contribuyen:

¿Qué está funcionando actualmente para prevenir el riesgo/cómo se está gestionando eficazmente el riesgo?
(Intervenciones que funcionan y las que no funcionan)

**VIII. Restricciones De Derechos Del Miembro
(Actualice esta sección solo si existe una restricción de derechos del miembro vigente, nueva o modificada que haya sido aprobada por el Comité de Revisión del Programa)**

Describa cualquier restricción vigente de los derechos del miembro.

Comente si la restricción vigente de los derechos del miembro sigue siendo necesaria o puede ser eliminada.

Describa cualquier restricción nueva o modificada de los derechos del miembro que haya sido aprobada por el PRC desde la última reunión:

X. Información de la Próxima Reunión

Fecha de vencimiento de la próxima reunión _____

Fecha programada de la próxima reunión _____ **Hora** _____

Aual 1.^a de 90 días 2.^a de 90 días 3.^a de 90 días

180 días (en un entorno residencial alternativo, mayores de 12 años y sin intervención de salud conductual)

Otro/Equipo especial (Especifique) _____

Tipo de reunión: Virtual Presencial

Si fue virtual, ¿la persona responsable solicitó esta opción y el miembro es elegible para una reunión virtual? (por ejemplo, no recibe servicios a través del modelo de servicio PPCG, Cónyuge o Proveedor Independiente)?

Sí No Si la respuesta es no, explique: _____

Las siguientes opciones están disponibles ÚNICAMENTE para solo DD, dirigido, o solo LTC/cuidados intensivos:

Teléfono Carta

Si es presencial, especifique la dirección y el tipo de entorno:

Dirección: _____

Tipo de lugar:

Hogar del miembro Entorno comunitario _____

Entorno alternativo de servicio: _____

XI. Consentimiento/Firma

La documentación debe demostrar que esta revisión del PCSP está finalizada y acordada, con el consentimiento informado del miembro por escrito, y firmada por todas las personas y proveedores responsables de su implementación. Una firma electrónica en lugar de una firma manuscrita es un método aceptable para obtener el consentimiento y/o reconocimiento. Mis proveedores deben recibir una copia de las partes del plan que explican cómo deseo que se presten mis servicios y cualquier restricción acordada por el equipo del PCSP. Mi Coordinador de Apoyo me ha proporcionado información sobre fraude, desperdicio y abuso, incluyendo cómo denunciar abuso, negligencia, explotación y otros incidentes críticos.

Este plan ha sido revisado conmigo por mi Coordinador de Apoyo. Mi Coordinador de Apoyo discutió las opciones de servicio disponibles para mí, incluyendo información que ayudó a fundamentar las opciones seleccionadas, las decisiones tomadas y reflejadas en este documento. Sé qué servicios recibiré y con qué frecuencia. Todos los cambios en los servicios que estaba recibiendo me han sido explicados. He marcado mi acuerdo y/o desacuerdo con cada servicio autorizado en este plan. Sé que cualquier reducción, terminación o suspensión (interrupción por un período determinado) de mis servicios actuales comenzará no antes de 10 días a partir de la fecha de este plan. Sé que puedo solicitar que esto sea antes.

Si no estoy de acuerdo con algunos o todos los servicios que han sido autorizados en este plan, lo he señalado en este plan. Sé que mi Coordinador de Apoyo me enviará una carta que me explique por qué el/los servicio(s) que solicité fue/ fueron denegado(s), reducido(s), suspendido(s) o finalizado(s). La carta me indicará cómo apelar la decisión tomada sobre mis servicios. La carta también me indicará cómo puedo recibir servicios continuos.

Mi Coordinador de Apoyo me ha explicado cómo funciona el proceso de apelación. Sé cómo puedo apelar los cambios en los servicios con los que no esté de acuerdo. Sé que puedo cambiar de opinión más adelante sobre los servicios con los que estoy de acuerdo hoy. Sé que si cambio de opinión antes de que los cambios entren en vigor, recibiré una carta que me explique la motivo por el cual mis servicios han cambiado. La carta también me indicará mis derechos de apelación, incluyendo cómo recibir servicios continuos.

Sé que puedo solicitar otra reunión del PCSP para revisar mis necesidades y cualquier cambio necesario en este plan.

Puedo contactar a mi Coordinador de Apoyo _____ al _____.

También sé que puedo contactar a mi Coordinador de Apoyo en cualquier momento para discutir preguntas, problemas y/o inquietudes que pueda tener con respecto a mis servicios y/o relacionadas con fraude, desperdicio y abuso.

Mi Coordinador de Apoyo se pondrá en contacto conmigo dentro de 3 días hábiles. Una vez que haya hablado con mi Coordinador de Apoyo, él/ella me dará una decisión sobre esa solicitud dentro de 14 días. Si mi Coordinador de Apoyo no puede tomar una decisión sobre mi solicitud dentro de 14 días, me enviará una carta para informarme que se necesita más tiempo para tomar una decisión.

Firma del Miembro _____ Fecha _____

Firma de la Persona Responsable _____ Fecha _____

Firma de la Segunda Persona Responsable (si la hubiese) _____ Fecha _____

Firma del Coordinador de Apoyo _____ Fecha _____



Katie Hobbs
Governor

Michael Wisehart
Director

Notificación de Reunión del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés)

Fecha: _____

Nombre del niño (a) (*primer nombre, inicial, apellido*): _____

Fecha de nacimiento: _____ ID de I-TEAMS: _____

El propósito de esta carta es notificarle que se ha programado una reunión del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés) para el niño(a) mencionado(a) anteriormente.

Fecha de la reunión: _____ Hora: _____

El padre/madre solicita que la reunión se realice: En persona Virtualmente

Dirección y/o enlace para la reunión: _____

El propósito de esta reunión del IFSP es (*seleccione todas las opciones que correspondan*):

Desarrollar el IFSP _____ para crear metas para el niño(a) y la familia, e identificar los apoyos y servicios de intervención temprana.

Revisar y actualizar el IFSP (*revisión periódica/anexo*).

Desarrollar o actualizar el plan de transición dentro del IFSP mediante la realización de:

Reunión de Planificación de Transición del IFSP

Conferencia de Transición del IFSP

Reunión combinada de Planificación de Transición/Conferencia de Transición del IFSP



Durante la reunión, los participantes utilizarán toda la información disponible, incluyendo las rutinas y actividades del niño(a) y la familia, los recursos familiares, prioridades, preocupaciones e intereses, informes de evaluación, notas de progreso y los registros médicos y de salud pertinentes, para desarrollar o actualizar el IFSP.

Como padre/madre de un niño(a) que participa en AzEIP, usted tiene protecciones bajo la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés). Estas protecciones se encuentran en el folleto [Child and Family Rights in the Arizona Early Intervention Program \(AzEIP\)](#) el cual puede acceder a través de este enlace o código QR.

Si tiene alguna pregunta o no puede asistir a la reunión programada, por favor comuníquese con:

Agencia Provedora de Servicios: _____

Coordinador de Servicios de AzEIP: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Participantes Invitados	
Nombre	Role
	Padre/madre
	Padre/madre
	Coordinador de Servicios de AzEIP
	Miembro del equipo del IFSP
	Miembro del equipo del IFSP
	Miembro del equipo del IFSP
	Representante del Distrito Escolar/Agencia de Educación Pública (PEA, por sus siglas en inglés)
	Representante de Head Start
	Representante de Preescolar Comunitario
	Representante del Departamento de Seguridad Infantil (DCS, por sus siglas en inglés)
	Otro:
	Otro: