|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989S (02/2017) |  | **STATE OF WISCONSIN** |
| **PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA****INDIVIDUALIZED FAMILY SERVICE PLAN (IFSP)** |
| Condado de       del Birth to 3 Program |
|  |
| Nombre del niño | Fecha de nacimiento |
|       |       |
| Nombre del coordinador de servicios  | Número de teléfono del coordinador de servicios |
|       |       |
| Fecha de la referencia |
|       |
| Fecha de vencimiento del equipo de intervención temprana (EI) / Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP)  |
|       |
| Fecha de inicio del IFSP |
|       |
| Fecha de vencimiento de la revisión del IFSP anual  |
|       |
| Fecha(s) de la revisión del IFSP  |
| 1. |       |  |
| 2. |       |  |
| 3. |       |  |
| 4. |       |  |
| 5. |       |  |
| 6. |       |  |
| 7. |       |  |
| 8. |       |  |
| 9. |       |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989AS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **INFORMACIÓN DEL NIÑO Y SU FAMILIA****CHILD AND FAMILY INFORMATION** |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|   |       |
| Nombre del padre / madre / tutor | Nombre del padre / madre/ tutor  |
|       |       |
| Relación con el niño  | Relación con el niño |
|       |       |
| Calle | Ciudad | Estado | Código postal | Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       | WI |       |       |       | WI |       |
| Número de teléfono | Número de teléfono |
|       |       |
| Número de teléfono alternativo  | Número de teléfono alternativo  |
|       |       |
| Dirección de correo electrónico (*email address*) | Dirección de correo electrónico (*email address*) |
|       |       |
| Nombre de otro cuidador  | Número de teléfono de otro cuidador | Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |       |       | WI |       |
| Primer idioma del padre / madre / tutor  | Primer idioma del niño  |
|       |       |
| Raza del niño | Etnicidad del niño: Hispano |
|       | [ ]  Sí [ ]  No |
| Nombre de la persona con quien pasa el día | Relación |
|       | [ ]  Mamá [ ]  Papá [ ]  Proveedor de cuidado de niños (Nombre)       [ ]  Otro (especifique)        |
| Indique a otros en el hogar del niño (Incluir mascotas) |
|       |
| Indique a otras personas importantes en la vida del niño |
|       |
| Nombre / título / información de contacto de la fuente de referencia  |
|       |
| Nombre del proveedor de cuidado médico primario / médico a domicilio  |
|       |
| Apoyos de la comunidad (Seleccione los servicios y programas que el niño / su familia utilizan) |
| [ ]  BadgerCare Plus | [ ]  Health Department | [ ]  SSI |
| [ ]  CYSHCN | [ ]  Healthy Start | [ ]  W2 |
| [ ]  Department of Human Services | [ ]  Katie Beckett | [ ]  WIC |
| [ ]  Centro de recursos para la familia  | [ ]  Biblioteca  | [ ]  YMCA/YWCA |
| [ ]  Apoyo a la familia | [ ]  Medicaid/MA | [ ]  Grupos de apoyo        |
| [ ]  Head Start | [ ]  FACETS | [ ]  Otro        |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989BS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **RESUMEN DEL DESARROLLO****S**UMMARY OF DEVELOPMENT**(Para utilizarse con el reporte del equipo de intervención temprana, IFSP y los datos del resumen de los resultados del niño)** |
| Nombre del niño | Fechas en que se completaron los resultados del niño (Child Outcomes o CO) |
|   | Entrada      | Salida      |
| Fecha de nacimiento | Edad al tiempo de la evaluación | Edad ajustada  |
|   |       |       |
|  |
| Fecha de entrada de los resultados del niño (CO) |
|       |
| Participantes en la recopilación de información (Indíquelos por nombre y función, incluir a la familia) |
|       |
| Procedimientos utilizados para obtener la información (Marque todo lo que aplique) |
| [ ]  | Registros médicos |  |
| [ ]  | Historial de salud / desarrollo  |  |
| [ ]  | Observaciones profesionales  |  |
| [ ]  | Conversación con los padres / otros |  |
| [ ]  | Visitas regulares al niño / su familia  |  |
| [ ]  | Investigación |  |
| [ ]  | Lista de las herramientas de evaluación  |       |
|  |  |  |
| Información recopilada en los siguientes lugares: |
|       |
|  |
| Fecha los resultados del niño (CO) a la salida |
|       |
| Participantes en la recopilación de información (Indíquelos por nombre y función, incluir a la familia) |
|       |
| Procedimientos utilizados para obtener la información (Marque todo lo que aplique) |
| [ ]  | Registros médicos |  |
| [ ]  | Historial de salud / desarrollo  |  |
| [ ]  | Observaciones profesionales |  |
| [ ]  | Conversaciones con los padres / otros |  |
| [ ]  | Visitas regulares al niño / su familia |  |
| [ ]  | Investigación |  |
| [ ]  | Lista de herramientas de evaluación  |       |
| [ ]  | Recibido en la reunión del equipo IEP |  |
| Información recopilada en los siguientes lugares: |
|       |

|  |
| --- |
| F-00989BS |
| **Salud** (Incluir sólo información apropiada y pertinente al desarrollo del niño) |
| Fecha:       |
| **Visión / Audición** (examen, anteojos, audífonos, historial de infecciones del oído): |
| Fecha:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989CS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **RESUMEN DEL DESARROLLO** **HABILIDADES SOCIO EMOCIONALES POSITIVAS DEL NIÑO****SUMMARY OF DEVELOPMENT****CHILD’S POSITIVE SOCIAL EMOTIONAL SKILLS**  **(Incluyendo relaciones sociales)*** Relacionarse con los adultos
* Relacionarse con otros niños
* Seguir las reglas relacionadas con los grupos o interactuar con los demás (si es mayor de 18 meses)
 |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|   |       |
| **Las áreas del desarrollo incluyen**:* **Desarrollo cognitivo** (pensar; aprender, resolver problemas, jugar con adultos o compañeros; asistir; imitar las acciones de sus compañeros)
* **Socio emocional** (regular las emociones; relacionarse con sus compañeros, hermanos, padres y otros adultos; mostrar afecto)
* **Comunicación** (auto expresarse a través de gestos, sonidos o palabras para indicar sus necesidades; comunicarse con sus compañeros; imitar sonidos y gestos)

**Desarrollo adaptativo / autoayuda (**adaptación a los cambios en la configuración de rutina o entornos; ayudarse a satisfacer las necesidades propias durante las rutinas con la familia, tales como pedir más alimentos durante las comidas, ponerse su abrigo después de una reunión de juego (play date); evitar los peligros comunes)* **Habilidades motoras** (capacidad para mover y manipular objetos durante el juego; reaccionar a los cambios en el medio ambiente; necesidad de posicionamiento para que el niño pueda interactuar con la familia y los compañeros)
 |
| Fecha:        |
| Además del resumen completo anterior, provea **evidencia** para responder a las siguientes preguntas:* ¿Funciona alguna vez el niño de maneras que se consideren apropiadas para su edad?
* ¿Utiliza el niño alguna habilidad básica inmediata sobre la cual construir funciones apropiadas para su edad en todos los entornos y situaciones?
* ¿En qué medida utiliza el niño habilidades básicas inmediatas en todos los entornos y situaciones?
 |
| Pruebas que apoyan el proceso de los resultados del niño: |
| 1.
 |
| 1.
 |
| 1.
 |
| 1.
 |
|  |
| # de evaluación de los resultados del niño a la entrada |       | # de evaluación de los resultados del niño a la salida |       |  |
| Resultados del niño a la salida: ¿Ha mostrado el niño nuevas habilidades o comportamientos relacionados con cada área de los resultados desde la última evaluación? |
| [ ]  Sí [ ]  No  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989DS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **RESUMEN DEL DESARROLLO** **USO DEL NIÑO DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES****SUMMARY OF DEVELOPMENT****CHILD’S USE OF KNOWLEDGE & SKILLS**  **(Incluyendo comunicación, lenguaje y alfabetización temprana)*** Pensar, razonar, recordar & resolver problemas
* Compresión de los símbolos
* Comprensión de los mundos físicos y sociales
 |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|   |       |
| **Las áreas del desarrollo incluyen**:* **Desarrollo cognitivo** (pensar; aprender, resolver problemas, jugar con adultos o compañeros; asistir; imitar las acciones de sus compañeros)
* **Socio emocional** (regular las emociones; relacionarse con sus compañeros, hermanos, padres y otros adultos; mostrar afecto)
* **Comunicación** (auto expresarse a través de gestos, sonidos o palabras para indicar sus necesidades; comunicarse con sus compañeros; imitar sonidos y gestos)
* **Desarrollo adaptativo / autoayuda (**adaptación a los cambios en la configuración de rutina o entornos; ayudarse a satisfacer las necesidades propias durante las rutinas con la familia, tales como pedir más alimentos durante las comidas, ponerse su abrigo después de una reunión de juego (*play date*); evitar los peligros comunes)
* **Habilidades motoras** (capacidad para mover y manipular objetos durante el juego; reaccionar a los cambios en el medio ambiente; necesidad de posicionamiento para que el niño puede interactuar con la familia y los compañeros)
 |
| Fecha:       |
| Además del resumen completo anterior, provea **evidencia** para responder a las siguientes preguntas:* ¿Funciona alguna vez el niño de maneras que se consideren apropiadas para su edad?
* ¿Utiliza el niño alguna habilidad básica inmediata sobre la cual construir funciones apropiadas para su edad en todos los entornos y situaciones?
* ¿En qué medida utiliza el niño habilidades básicas inmediatas en todos los entornos y situaciones?

Pruebas que apoyan el proceso de los resultados del niño: |
|  |
| 1.
 |
| 1.
 |
| 1.
 |
| 1.
 |
|  |
| # de evaluación de los resultados del niño a la entrada |       | # de evaluación de los resultados del niño a la salida |       |  |
| Resultados del niño a la salida: ¿Ha mostrado el niño nuevas habilidades o comportamientos relacionados con cada área de los resultados desde la última evaluación? |
| [ ]  Sí [ ]  No  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989ES (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **RESUMEN DEL DESARROLLO****INDEPENDENCIA Y HABILIDAD DEL NIÑO PARA SATISFACER LAS NECESIDADES PROPIAS:****SUMMARY OF DEVELOPMENT****CHILD’S INDEPENDENCE AND ABILITY TO MEET OWN NEEDS:** * Cuidar de las necesidades básicas (por ejemplo, mostrar que tiene hambre, vestirse, alimentarse, ir al baño)
* Contribuir con la salud y seguridad propia (por ejemplo, seguir las reglas, ayudar a lavarse las manos, evitar los objetos no comestibles)
* Pasar de un lugar a lugar (movilidad) y el uso de herramientas (por ejemplo, tenedores, lápices, cuerdas atadas a objetos)
 |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|   |       |
| **Las áreas del desarrollo incluyen**:* **Desarrollo cognitivo** (pensar; aprender, resolver problemas, jugar con adultos o compañeros; asistir; imitar las acciones de sus compañeros)
* **Socio emocional** (regular las emociones; relacionarse con sus compañeros, hermanos, padres y otros adultos; mostrar afecto)
* **Comunicación** (auto expresarse a través de gestos, sonidos o palabras para indicar sus necesidades; comunicarse con sus compañeros; imitar sonidos y gestos)
* **Desarrollo adaptativo / autoayuda (**adaptación a los cambios en la configuración de rutina o entornos; ayudarse a satisfacer las necesidades propias durante las rutinas con la familia, tales como pedir más alimentos durante las comidas, ponerse su abrigo después de una reunión de juego (*play date*); evitar los peligros comunes)
* **Habilidades motoras** (capacidad para mover y manipular objetos durante el juego; reaccionar a los cambios en el medio ambiente; necesidad de posicionamiento para que el niño puede interactuar con la familia y los compañeros)
 |
| Fecha:       |
| Además del resumen completo anterior, provea **evidencia** para responder a las siguientes preguntas:* ¿Funciona alguna vez el niño de maneras que se consideren apropiadas para su edad?
* ¿Utiliza el niño alguna habilidad básica inmediata sobre la cual construir funciones apropiadas para su edad en todos los entornos y situaciones?
* ¿En qué medida utiliza el niño habilidades básicas inmediatas en todos los entornos y situaciones?
 |
| Pruebas que apoyan el proceso de los resultados del niño: |
| 1.
 |
| 1.
 |
| 1.
 |
| 1.
 |
|  |
| # de evaluación de los resultados del niño a la entrada |       | # de evaluación de los resultados del niño a la salida |       |  |
|  |
| Resultados del niño a la salida: ¿Ha mostrado el niño nuevas habilidades o comportamientos relacionados con cada área de los resultados desde la última evaluación? |

[ ]  Sí [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989FS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **REPORTE DEL EQUIPO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA /****DETERMINACIÓN DE ELEGEBILIDAD PARA INTERVENCIÓN TEMPRANA DE WISCONSIN** **EARLY INTERVENTION TEAM REPORT /****WISCONSIN EARLY INTERVENTION ELIGIBILITY DETERMINATION** |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|   |       |
| **WPN:** La siguiente decisión ha sido tomada con respecto a la determinación de elegibilidad de su hijo: |
| [ ]  | Este niño cumple con los criterios de elegibilidad para la intervención temprana (Birth to 3 Program). |
| [ ]  | Este niño no cumple con los criterios de elegibilidad para la intervención temprana (Birth to 3 Program) basado en (indique la opinión de los padres/cuidadores, nombres de las pruebas estandarizadas, observaciones, revisión de los registros, etc.) y las razones (indique lo que establece la información):        |
|  |  |
|  |
| Otras decisions consideradas  |
| [ ]  | No se aplica; otras decisiones no discutidas. |
| [ ]  | Este niño cumple con los criterios de elegibilidad para la intervención temprana (Birth to 3 Program). |
| [ ]  | Este niño no cumple con los criterios de elegibilidad para la intervención temprana (Birth to 3 Program). |
|  |
| Esta determinación de elegibilidad se realiza en base a la siguiente información (indique la opinión de los padres/ cuidadores, nombres de las pruebas estandarizadas, observaciones, revisión de los registros, etc.) y las razones (indique lo que establece la información): |
|  |
| [ ]  | 1. Un retraso en el desarrollo de 25 por ciento o mayor o-1.3 desviación estándar en la siguiente área(s) y basado en:
 |
|  |       |
|  |  |
|  |
| [ ]  | 1. Existe una condición física o mental diagnosticada que tiene una alta probabilidad de resultar en un retraso en el desarrollo.
 |
| Diagnóstico: |       |
| Condiciones relacionadas: |       |
| El equipo de intervención temprana revisó los siguientes documentos de identificación del diagnóstico: |
|  |       |
|  |
| [ ]  | 1. Desarrollo atípico basado en:
 |
|  |  |
|  |
| Usted tiene el derecho de estar de acuerdo con o negarse a la determinación de elegibilidad. Junto con este informe de equipo de intervención temprana se encuentra una copia de los derechos de padres e hijos. Esta es una breve reseña de los derechos. Si desea una copia completa de los derechos de padres e hijos, por favor comuníquese con el Coordinador de Servicio. |
|  |
| Si este niño ha cumplido con los criterios de elegibilidad para la intervención temprana, el siguiente paso es desarrollar un Plan de Servicio Individualizado para la Familia (IFSP).  |
| [ ]  | Este niño cumple con los criterios de elegibilidad para los servicios de intervención temprana, y la familia ha accedido a participar en el Birth to 3 Program. |
| [ ]  | Este niño cumple con los criterios de elegibilidad para los servicios de intervención temprana; Sin embargo, la familia rechaza participar en el Birth to 3 Program en este momento. |
|  |
| Si este niño no cumplió con los criterios de elegibilidad para la intervención temprana, a la familia se le ofrece lo siguiente.  |
| [ ]  | Reexaminar al niño dentro de seis meses. Notas:        |
|  |  |
| [ ]  | Los siguientes recursos de la comunidad podrían beneficiar a la familia:        |
|  |  |
| [ ]  | La siguiente información fue entregada a la familia:        |
|  |  |

|  |
| --- |
| F-00989F |
| **PARTICIPANTES EN LA REUNIÓN DEL EQUIPO DE INTERVECIÓN TEMPRANA****PARTICIPANTS IN EARLY INTERVENTION TEAM MEETING****Fecha de la reunión:**  |
| Al firmar a continuación, reconozco que el Birth to 3 Program me solicitó información para incluirla en este reporte de intervención temprana (EI), y que proporcione la información más actualizada acerca de mi hijo y que participe en las discusiones que dieron lugar a este reporte de EI. Además entiendo y reconozco que tuve la oportunidad de revisar y solicitar cambios a la información contenida en este reporte de EI y que tengo derecho a disputar las decisiones relativas a la elegibilidad de mi hijo para el Birth to 3 Program. También me informaron que la divulgación de este reporte no ocurrirá a menos que de otro modo esté permitido por la ley. |
| **FIRMA** – Padre / Madre /Tutor | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      |
| **FIRMA** – Padre / Madre / Tutor | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      |
| **FIRMA** – Coordinador del condado | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título       |
| **FIRMA** – Coordinador de servicios  | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título       |
| **FIRMA** – Otro | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título       |
| **FIRMA** – Otro | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título       |
| **FIRMA** – Otro | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título       |
| **FIRMA** – Otro | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989GS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **HÁBLENOS DE SU FAMILIA****TELL US ABOUT YOUR FAMILY** |
| Nombre del niño  | Fecha del reporte |
|   |       |
| Procedimiento utilizado para la evaluación del niño/familia  |
|       |
| Esta página es un resumen de la información que usted ha compartido con nosotros acerca de su familia. El propósito de esta información es ayudar a desarrollar un plan y las estrategias de intervención que son significativas para su familia. |
| Apoyos/recursos naturales (personas o apoyos que son útiles para su familia) |
| Fecha:       |
| Rutinas / actividades (describa el día del niño/familia) |
| Fecha:       |
| Prioridades de la familia (actividades que a la familia le gustaría realizar) |
| Fecha:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989HS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **RESULTADOS DEL NIÑO / FAMILIA****CHILD / FAMILY OUTCOME**  |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|   |       |
| Esta página indica el resultado(s) para el apoyo brindado al niño y a su familia a través de los servicios del Birth to 3 Program. Los resultados se basan en:* Las prioridades de la familia.
* Todas las áreas del desarrollo.
* Participación en cada rutina.
 |
|  |
| Fecha:       |
| Al pensar en las rutinas de su familia, ¿qué le gustaría que su hijo(a) a tenga la oportunidad de hacer? (resultado medible)  |
|       |
| ¿Qué está pasando en este momento? ¿Qué está funcionando bien? ¿Cuáles cambios desea ver? ¿Qué ha tratado? ¿Qué es lo próximo que espera ver? (estado actual) |
|       |
| ¿Cuándo anticipa usted que se lleve a cabo este resultado (eventos, vacaciones próximas)? ¿Cuándo se logrará la meta? (cronología) |
|       |
| ¿Qué debemos tratar? ¿Cómo vamos a llegar? ¿Por dónde empezamos? ¿Dónde comenzará nuestra planificación conjunta? ¿Cómo serán las visitas? (estrategias) |
|       |
| F-00989H |
| ¿Cómo vamos a saber que estamos en el camino correcto? (criterios — cómo se determinará el progreso, regla estándar o prueba en la que se basa la decisión) |
|       |
| ¿Cómo vamos a medir los progresos sobre este resultado? (procedimientos — quién/cómo determinar el progreso) |
| [ ]  Reporte de los padres | [ ]  Observaciones del niño |
| [ ]  Evaluación continua  | [ ]  Revisiones periódicas del plan de servicios individualizados para la familia  |
| [ ]  Otra:       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Progreso / modificaciones o revisiones al resultado  |
| Fecha:       |
| [ ]  Alcanzado | [ ]  Continúo | [ ]  No es importante |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989JS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **PLAN DE TRANSICIÓN — AL CUMPLIR LOS 3 AÑOS DE EDAD****TRANSITION PLAN—** **TURNING 3 YEARS OLD**  |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|   |       |
| Una transición es cualquier evento importante que afecte a un niño y a su familia, como mudarse fuera del condado o estado, mudarse a o entre programas, volver a casa de la NICU, cambio en la situación de cuidado infantil, o cumplir los 3 años de edad. La transición más común es dejar el Birth to 3 Program a los 3 años de edad. |
| ¿Qué tipo de transición es esta?  |
| [ ]  | Cumplir los 3 años de edad  |
| Participantes en la discusión de la transición  |
| Fecha:      |
| Aviso previo por escrito (Written Prior Notice - WPN) de POTENCIAL DE ELEGIBILIDAD |
| Su hijo está cerca de cumplir los 3 años. Proponemos que su hijo: |
| [ ]  | Es potencialmente elegible para los servicios de la Agencia Educacional Local (Local Educational Agency - LEA). Esta decisión significa que información de contacto limitada sobre su hijo será compartida con la LEA  |
| [ ]  | No es potencialmente elegible para los servicios de la LEA  |
|  |
| Otra decisión considerada: |
| [ ]  | Es potencialmente elegible para los servicios de LEA  |
| [ ]  | No es potencialmente elegible para los servicios de LEA |
| [ ]  | No es aplicable: otra decisión no discutida |
|  |
| Esta decisión se recomienda basándose en (información y razones): |
|       |
| Usted tiene derecho a estar de acuerdo con o a rechazar la decisión propuesta. Junto a este documento se encuentra una copia de los derechos de los padres y los hijos y las acciones a tomar si usted no está de acuerdo con la propuesta de acción. Estas son una breve revisión de los derechos. Si desea una copia completa de los derechos de los padres y los hijos, por favor póngase en contacto con su coordinador de servicios. No dude en llamar si tiene alguna pregunta. |
| Si es potencialmente elegible para los servicios a través de la LEA, refiera al niño a la LEA y ofrezca una conferencia de planificación de transición (Transition Planning Conference - TPC). Si no es potencialmente elegible para los servicios a través de la LEA, explore otros servicios, tales como *Head Start*, cuidado infantil o terapia privada. |
| Opciones de transición discutidas |
|       |
| Resultado(s) para el niño y su familia durante esta transición  |
|       |

|  |
| --- |
| F-00989J |
| ¿Dónde comenzará nuestra planificación conjunta? ¿Cuáles son los pasos para llevar a cabo la transición y los resultados? |
| ¿Quién lo hará?  | ¿Cuándo? |
|       |       |
| OTRO AVISO PREVIO POR ESCRITO ( WPN) |
| Proponemos: |
|       |
| Otra decision considerada: |
|       |
| Esta decisión se recomienda basándose en (información y razones): |
|       |
| Usted tiene derecho a estar de acuerdo con o a rechazar la decisión propuesta. Junto a este documento se encuentra una copia de los derechos de los padres y los hijos y las acciones a tomar si usted no está de acuerdo con la propuesta de acción. Estas son una breve revisión de los derechos. Si desea una copia completa de los derechos de los padres y los hijos, por favor póngase en contacto con su coordinador de servicios. No dude en llamar si tiene alguna pregunta. |
| AVISO PREVIO POR ESCRITO (WPN ) A LA SALIDA  |
| Fecha del último día en el Birth to 3 Program:       |
| Otra decision considerada: |
|       |
| Esta decisión se recomienda basándose en (información y razones): |
|       |
| Usted tiene derecho a estar de acuerdo con o a rechazar la decisión propuesta. Junto a este documento se encuentra una copia de los derechos de los padres y los hijos y las acciones a tomar si usted no está de acuerdo con la propuesta de acción. Estas son una breve revisión de los derechos. Si desea una copia completa de los derechos de los padres y los hijos, por favor póngase en contacto con su coordinador de servicios. No dude en llamar si tiene alguna pregunta. |
| Si el niño es potencialmente elegible para los servicios de LEA: |
| [ ]  | La familia optó por salirse de la notificación de LEA a los 2 años, 3 meses de edad. Fecha:       |
| [ ]  | Notificación de LEA (paso 1) enviada al distrito escolar:       . Fecha:       |
| [ ]  | Transition Planning Conference held. Date:       |
| [ ]  | Referencia (Notificación de LEA, paso 2) enviada al distrito escolar:       se hizo por lo menos 90 días antes del tercer cumpleaños. Fecha:       |
| [ ]  | Información adicional, con consentimiento firmado, enviada a LEA. Fecha:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989KS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **PLAN DE TRANSICIÓN — OTRO****TRANSITION PLAN—OTHER** |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|   |       |
| Una transición es cualquier evento importante que afecte a un niño y a su familia, como mudarse fuera del condado o estado, mudarse a o entre programas, volver a casa de la NICU, cambio de una situación de cuidado infantil, o cumplir los 3 años de edad. |
| ¿Qué tipo de transición es esta? |
| [ ]  | La familia se mudo | [ ]  | Plan Individualizado de Servicios para la Familia cumplido |
| [ ]  | La familia declinó los servicios | [ ]  | Otra:        |
| Participantes en la discusión de la transición |
|       |
| Opciones de transición discutidas  |
|       |
| Resultado(s) para el niño y su familia durante esta transición |
|       |
| ¿Dónde comenzará nuestra planificación conjunta? ¿Cuáles son los pasos para llevar a cabo la transición y los resultados? |
| ¿Quién lo hará?  | ¿Cuándo? |
|       |       |
| OTRO AVISO PREVIO POR ESCRITO ( WPN) |
| Proponemos: |
|       |
| Otra decision considerada: |
|       |
| Esta decisión se recomienda basándose en (información y razones): |
|       |
| Usted tiene derecho a estar de acuerdo con o a rechazar la decisión propuesta. Junto a este documento se encuentra una copia de los derechos de los padres y los hijos y las acciones a tomar si usted no está de acuerdo con la propuesta de acción. Estas son una breve revisión de los derechos. Si desea una copia completa de los derechos de los padres y los hijos, por favor póngase en contacto con su coordinador de servicios. No dude en llamar si tiene alguna pregunta. |
| AVISO PREVIO POR ESCRITO (WPN ) A LA SALIDA  |
| Fecha del último día en el Birth to 3 Program:       |
| F-00989K |
| Otra decision considerada: |
|       |
| Esta decisión se recomienda basándose en (información y razones): |
|       |
| Usted tiene derecho a estar de acuerdo con o a rechazar la decisión propuesta. Junto a este documento se encuentra una copia de los derechos de los padres y los hijos y las acciones a tomar si usted no está de acuerdo con la propuesta de acción. Estas son una breve revisión de los derechos. Si desea una copia completa de los derechos de los padres y los hijos, por favor póngase en contacto con su coordinador de servicios. No dude en llamar si tiene alguna pregunta. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989LS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **RESUMEN DE LOS SERVICIOS****SUMMARY OF SERVICES**  |
| Nombre del niño  | Fecha del reporte  |
|   |       |
| Los servicios y apoyos se determinan siguiendo el desarrollo de los resultados funcionales del plan Individualizado para la familia (IFSP). Están diseñados para mejorar la capacidad de la familia en apoyar el desarrollo de sus hijos y promover el aprendizaje y desarrollo del niño mediante la participación funcional en las actividades familiares y comunitarias.**Los siguientes servicios son propuestos por el Birth to 3 Program para que sean parte del IFSP:** |
| **Iniciales para consentí-miento informado** | **Persona/Agencia Función** | **Frequencia/ Longitud** | **Intensidad** | **Método de envío** | **Entorno/ Lugar\*** | **Fuentes de financia-miento** | **Fecha prevista de inicio/ Duración prevista/ Fecha final** | **Tipo de servicio** |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| **Aviso previo por escrito: Documentación de las discusiones para llegar a un consenso sobre los servicios**. [Todo aviso previo por escrito necesita: (1) los servicios ofrecidos. (2) otras opciones discutidas. (3) información utilizada (fuentes). (4) razones (detalles) de las decisiones. (5) derechos.] **Los servicios antes mencionados fueron propuestos por el Birth to 3 Program para sean parte de este IFSP basándose en la siguiente información y razones; los siguientes servicios u opciones de servicios fueron discutidos por el Birth to 3 Program pero negados** (incluye información sobre "Otras opciones" discusiones sobre cualquiera de los servicios negado o disminuido así como cualquier negociación sobre frecuencia, intensidad o método de prestación de servicios, quién será el entrenador principal, etc.): |
|       |
| Usted tiene derecho a estar de acuerdo con o a rechazar la decisión propuesta. Junto a este documento se encuentra una copia de los derechos de los padres y los hijos y las acciones a tomar si usted no está de acuerdo con la propuesta de acción. Estas son una breve revisión de los derechos. Si desea una copia completa de los derechos de los padres y los hijos, por favor póngase en contacto con su coordinador de servicios. No dude en llamar si tiene alguna pregunta. |
| \*Todos los servicios se prestan en el entorno natural del niño en la máxima medida apropiada; o la justificación se completa y adjunta. |
| Lugares principales donde se prestan los servicios  |
| [ ]  | Hogar | [ ]  | Cuidado infantil familiar |
| [ ]  | Guardería  | [ ]  | Servicios ambulatorios |
| [ ]  | Centro de intervención temprana | [ ]  | Hospital |
| [ ]  | Residencial | [ ]  | No entorno natural |
| [ ]  | Entorno natural, Otro:        |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989MS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **JUSTIFICACIÓN PARA LOS SERVICIOS PRESTADOS** **EN LUGARES QUE NO SEAN LOS ENTORNOS NATURALES****JUSTIFICATION FOR SERVICES PROVIDED IN LOCATIONS OTHER THAN NATURAL ENVIRONMENTS**  |
| Nombre del niño  | Fecha del reporte |
|   |       |
| Los servicios pueden proporcionarse en los entornos que no sean un entorno natural que son los más apropiados, según lo determinado por el equipo del plan individualizado para la familia (IFSP), incluyendo a los padres, sólo cuando los servicios de intervención temprana no pueden lograrse satisfactoriamente en un entorno natural.. |
| Indique los servicios y las actividades proporcionadas en un entorno que no sea el entorno natural del niño: |
|       |
| Recomendación del equipo basada en los resultados del IFSP (explicar por qué este servicio(s) no se proporcionará en el entorno natural): |
|       |
| ¿Cómo se logrará el resultado en este entorno? |
|       |
| ¿Qué actividades se proporcionarán para incluir este resultado en los entornos del hogar y la comunidad del niño? |
|       |
| ¿Cuál es el plan para la transición de los servicios hacia los entornos del hogar y la comunidad del niño (con período de tiempo)? |
| ¿Quién hará qué?  | ¿Cuándo? |
|       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989NS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **OTROS SERVICIOS / APOYOS COMUNITARIOS Y MÉDICOS** **OTHER SERVICES / COMMUNITY AND MEDICAL SUPPORTS** |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|   |       |
| Estos son los recursos, apoyos o servicios que ayudan al niño o a su familia y que están siendo continuados o recibidos pero no necesarios o financiados por el Birth to 3 Program. |
| Services family is currently receiving: |
|       |
| Servicios necesarios: |
|       |
| Pasos que se deben seguir para asistir al niño y a su familia en la obtención de estos servicios: |
|       |
| [ ]  La discusión del equipo del IFSP encontró que no fueron identificados servicios médicos u otros servicios en este momento.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989PS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **FIRMA DEL EQUIPO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA****INDIVIDUALIZED FAMILY SERVICE PLAN TEAM SIGNATURE** |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|   |       |
|  |
| * Yo/nosotros he recibido una copia y entiendo los derechos de los padres y los hijos.
* Este Plan Individualizado de los Servicios para la Familia (IFSP) refleja los resultados que son importantes para mi hijo y su familia.
* Yo/nosotros doy mi consentimiento para los servicios descritos en este IFSP para mi hijo y su familia.
* Entiendo que este IFSP será compartido con todos los miembros del equipo que se indican a continuación para que puedan trabajar en colaboración en nombre de mi familia.
 |
| **FIRMA** – Padre / Madre / Tutor | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde       |
| **FIRMA** – Padre / Madre / Tutor | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde       |
| **FIRMA** – Padre / Madre / Tutor | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde       |
| Hemos trabajado junto con la familia para crear este IFSP y estamos de acuerdo que este plan guiará nuestro trabajo. |
| **FIRMA** – Miembro del equipo del IFSP  | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono      |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |