|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-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? |
|  | | |  |