|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **ENTER COUNTY NAME****INVITACIÓN DEL BIRTH TO 3 PROGRAM A LA REUNIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA (IFSP)** |
| Para: |        | Fecha de envió:        |
| Nombre del niño: |        |
| Fecha de la reunión del IFSP: |        |
| Es el momento de desarrollar o actualizar el Plan Individualizado de Servicios para la Familia (*Individualized Family Service Plan* - IFSP). El equipo IFSP, que lo incluye a usted, identificará resultados específicos para su hijo y su familia así como también los servicios y recursos de intervención temprana (EI) para lograr esos resultados. Las prioridades de su familia relacionadas con ayudar a su hijo a desarrollar y aprender son críticas para el desarrollo de este IFSP. |
| La reunión está programada para el  en  . |
|  | Fecha y hora |  | Ubicación |  |
| Las siguientes personas asistirán a la reunión del IFSP del condado del Birth to 3 Program: |
| NOMBRE |  | TÍTULO/POSICIÓN |
|       |  |       |
|       |  |       |
|       |  |       |
|       |  |       |
|       |  |       |
| Le exhortamos a que invite a otros miembros de la familia, amigos o mediadores a su reunión del IFSP. Su participación en esta reunión es muy importante. La reunión se programará de nuevo si usted no puede asistir. Por favor llámeme tan pronto como sea posible si necesita cambiar la hora o la fecha de la reunión.  |
| Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor no dude en llamarme al,       . |
|  | Número de teléfono de contacto |  |
| Atentamente,NameTitleBirth to 3 Program Service Coordinator |