



PLAN DE SERVICIO INDIVIDUALIZADO PARA LA FAMILIA DE INDIANA

PARA MEJORAR LA CAPACIDAD DE LAS FAMILIAS A CUMPLIR CON LAS NECESIDADES DE SUS HIJO(A)S

IFSP: Intervalo (Fecha) _____ Inicial (Fecha) _____ Anual (Fecha a Efectuarse) _____

SECCION 1: INFORMACION DE IDENTIFICACION

IFSP-State Form 51464(R9-03) BCD0001S

*Nombre del Niño _____ Conocido Como: _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

**SS# _____ *Fecha de Nacimiento _____ *Edad Ajustada/Cronologica _____ *Sexo: _____

*Numero de Identificación de First Steps: _____

Situación de Beneficios:(✓ todos los que aplica)

Hoosier Healthwise: ___ Sí ___ Pendiente, CSHCS ___ Sí ___ Pendiente, Waiver Program ___ Sí ___ Pendiente
 SSI ___ Sí ___ Pendiente, Private Insurance ___ Sí ___ Pendiente,

*Circule Uno: PADRE / GUARDIAN O CUSTODIO / PADRE SUSTITUTO O FOSTER / PADRE SUPLENTE O SURROGATE

*Nombre(s) _____

*Dirección: _____

*Ciudad: _____, IN *Código Postal _____ *País: _____

*Teléfono (Día) (t____ h____) _____ (noche) (t____ h____) _____ e-mail: _____

Mejor hora para llamar _____ Lenguaje Primario de Familia / Modo de Comunicación: _____
 *Lenguaje Primario del Niño / Modo de Comunicación: _____

*Circule uno: PADRE / GUARDIAN O CUSTODIO / PADRE SUSTITUTO O FOSTER / PADRE SUPLENTE O SURROGATE

* Nombre (s) _____

* Dirección _____

* Ciudad: _____, IN *Código Postal _____ *País: _____

*Teléfono (Día) (t____ h____) _____ (noche) (t____ h____) _____ e-mail: _____

Mejor hora para llamar _____ Lenguaje Primario de la Familia / Modo de Comunicación: _____

SECCION 2: INFORMACION DE COORDINACION DE SERVICIOS

*Coordinador de Servicio Nombre / Agencia: _____

*Teléfono(s): _____ *Fax: _____ e-mail: _____

*Dirección: _____

*Ciudad: _____ IN *Código Postal _____

Nombre del Coordinador inicial: _____ Teléfono: _____

Fax: _____ E-mail: _____

Dirección: _____

*Ciudad _____ IN *Código Postal _____

* Denota parte del record electrónico

** Se requiere el numero del seguro social para facilitar el proceso del IFSP. Revelar esta información es voluntaria y usted no será penalizado en caso de rehusar. (per I.C. 4-1-8-1).

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nac.: _____ Fecha IFSP: _____

SECCION 3: RESUMEN DEL NIVEL DE RENDIMIENTO PRESENTE EL NINO E INFORMACION DE EVALUACION

Favor documentar la información requerida abajo. Toda información debe referirse a las necesidades de desarrollo del niño y sus familias y debe ser adquirida al hablar con la familia.

<p><u>Puntos Fuertes del Niño:</u></p> <p><u>Inquietudes / necesidades relacionadas con el desarrollo del niño:</u></p> <p>Resultados de Pruebas: Visión: <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Inquietudes Comentarios _____</p> <p>Oído : <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Inquietudes Comentarios _____</p>	<p><u>Puntos Fuertes de la Familia:</u></p> <p><u>Diagnostico Medico:</u></p> <p><u>Código ICD 9:</u></p> <p><u>Salud:</u></p> <p><u>Otros:</u></p>
---	--

Favor documentar la información con relación al desarrollo del niño. La información puede ser usada para evaluación, observación estructural u otros métodos. **El reporte de Padres debe ser utilizado.** Las declaraciones del nivel de rendimiento en el niño deben ser basadas en criterios objetivos, profesionalmente aceptables. Esta información será utilizada para determinar su aceptación.

Dominio (Persona/)	Procedimientos de Evaluación Favor marcar todos los procedimientos usados	Declaración del nivel actual de rendimiento del niño <input type="checkbox"/> niño en NICU Describa el nivel actual de rendimiento del niño. <u>Adicionalmente</u> , proporcione puntaje de edad O <i>porcentaje de retraso</i> . Verifica si se recomiendan servicios.
Cognitivo ____/____/____	<input type="checkbox"/> Observ. Estructurada <input type="checkbox"/> Eva. Aprobadas p/estado.* <input type="checkbox"/> Otras Evaluaciones <input type="checkbox"/> Reporte de Padres (Requerido)	Edad desarrollada _____ O Porcentaje de retraso _____ Servicios Recomendados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Desarrollo Físico** ____/____/____	<input type="checkbox"/> Observ. Estructurada <input type="checkbox"/> Eva. Aprobadas p/estado.* <input type="checkbox"/> Otras Evaluaciones <input type="checkbox"/> Reporte de Padres (Requerido)	Edad Desarrollada _____ O Porcentaje de retraso _____ Servicios Recomendados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comunica- cion ____/____/____	<input type="checkbox"/> Observ. Estructurada <input type="checkbox"/> Eva. Aprobadas p/estado.* <input type="checkbox"/> Otras Evaluaciones <input type="checkbox"/> Reporte de Padres (Requerido)	Edad Desarrollada _____ O Porcentaje de Retraso _____ Servicios Recomendados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Socio/ Emocional ____/____/____	<input type="checkbox"/> Observ. Estructurada <input type="checkbox"/> Eva. Aprobadas p/estado.* <input type="checkbox"/> Otras Evaluaciones <input type="checkbox"/> Reporte de Padres (Requerido)	Edad Desarrollada _____ O Porcentaje de Retraso _____ Servicios Recomendados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Adaptación ____/____/____	<input type="checkbox"/> Observ. Estructurada <input type="checkbox"/> Eva. Aprobadas p/estado.* <input type="checkbox"/> Otras Evaluaciones <input type="checkbox"/> Reporte de Padres (Requerido)	Edad Desarrollada _____ O Porcentaje de Retraso _____ Servicios Recomendados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

* Evaluaciones Aprobadas por el Estado: Developmental Programming for Infants and Young Children, Hawaii Early Learning Profile, The Carolina Currículum for Infants and Toddlers with Special Needs, 2nd ed., and the Assessment, Evaluation, and Programming System for Infants and Children

** Desarrollo Físico es definido como habilidades motoras, de visión y oído.

Nombre del Niño _____ Fecha de Nac. _____ Fecha IFSP _____

SECCION 4: RESULTADOS (Esta pagina debe ser duplicada, cuanto sea necesario, un resultado por pagina) **Resultado #** _____

El IFSP debe incluir los mayores resultados que se espera lograr para el niño y su familia, el criterio, procedimientos, y una guía de tiempo que será usada para determinar el logro de estos resultados. Los resultados deben ser escritos en un lenguaje que sea fácil de comprender por la familia y todos los miembros del equipo de IFSP, y no debe incluir servicios específicos o nombres individuales hasta que el IFSP este completo y todos los Resultados sean revisados y discutidos en su totalidad con la familia. En ese momento, circule el tipo de servicio o proveedor seleccionado mutuamente como el mas apropiado para asistir a la familia a tratar cada estrategia o actividad.

<p>Planteamiento del resultado: Que nos gustaría ver que suceda con nuestro HIJO(A)/ familia.</p>	<p>Que vemos ahora:</p>
	<p>Que será diferente:</p>

<p>Estrategias para trabajar en este resultado utilizando rutinas diarias y actividades de nuestro HIJO(A) y de nuestra familia.</p>	<p>Enumere personas / recursos que puedan ayudar. Circule su elección final.</p>

Refiérase a la sección 5, Escenarios Naturales / ambientes y Sección 2 en la entrevista de la familia asegúrese que las consideraciones y elección de sitios de servicio, incluyendo escenarios físicos así como el modo de servicio o ambiente* sea incorporado a este resultado. Si un servicio en cierto escenario, o modo de servicio no esta disponible y opciones alternativas van a ser implementadas, introduzca una estrategia o actividad que defina las actividades del Coordinador de Servicios, la familia y otros miembros del equipo IFSP dirigidos al desarrollo de recursos, etc. Para implementar enteramente este resultado. *(eje., dirigido a familias, dirigido a niños, en servicios individuales o actividades de grupo, etc.)

SECCION 5: ESCENARIOS NATURALES /AMBIENTES

Las leyes Federales requieren que los servicios de intervención temprana sean proporcionados en ambientes naturales y únicamente serán proporcionados en otros escenarios cuando los servicios no se pueden lograr satisfactoriamente en el ambiente natural. Favor completar la siguiente sección. Si la sección 2 de la forma de Entrevista de Familia se ha completado durante los últimos 30 días, no es necesario completar esta sección de IFSP, ya que podrá ser utilizada la información de la Entrevista de Familia.

Por Favor circule las siguientes personas que están involucradas en el cuidado de su HIJO(A) y marque a los que usted desea incluir en los servicios:	Mi HIJO(A) es capaz de completar las siguientes rutinas con éxito e independientemente:	Sí	Con Ayuda	Quiero ayuda de FS	En las últimas dos semanas mi HIJO(A) ha participado en las siguientes actividades en la comunidad: Favor tomar nota si han habido problemas con el acceso a estos lugares
<p style="text-align: center;">Favor incluir</p> <p>Madre <input type="checkbox"/></p> <p>Padre <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastrros <input type="checkbox"/></p> <p>Padres Sustitutos <input type="checkbox"/></p> <p>Abuelos <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona que lo cuida <input type="checkbox"/></p> <p>Proveedor de Cuidado al niño <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Levantarse en la mañana • Vestirse • Comer • Jugar adentro • Jugar afuera • Interactuar con otros niños • Juegos familiares • Siestas • Uso del inodoro • Acostarse • Salir de la casa • Otros: 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comprar comida <input type="checkbox"/> Otras compras <input type="checkbox"/> Visitar amigos o parientes <input type="checkbox"/> Salir a comer <input type="checkbox"/> Asistir a actividades sociales <input type="checkbox"/> Asistir a servicios religiosos <input type="checkbox"/> Lugar de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Headstart <input type="checkbox"/> Actividades comunitarias para niños <input type="checkbox"/> Evento comunitario <input type="checkbox"/> Otros:

Una vez que los servicios estén escritos en el IFSP, esta sección deberá completarse para cualquier otro servicio que no se vaya a proporcionar en el Ambiente Natural del niño. La discusión debe incluir la razón por la cual este servicio sería más apropiado brindarlo en otro entorno, cuáles barreras existen para brindar el servicio en el ambiente natural y como se generalizaría el servicio para ser incorporado a las actividades y rutinas diarias. Para servir de aclaración, "escenario" se refiere al lugar físico donde el servicio se proporcione "ambiente" se refiere a la estrategia que será utilizada para brindar el servicio, los cuales pueden incluir el servicio dirigido por los padres, servicios individuales en, o servicios proporcionados dentro de un grupo.

1. ¿Cuáles barreras prohíben proporcionar el servicio en las actividades y rutinas diarias del niño / familia?

2. ¿Cómo será tratada esta barrera en el lugar elegido para el servicio?

3. ¿Qué necesita cambiar para que el servicio pueda llevarse a cabo dentro de la rutina familiar?

4. ¿Cómo logrará el equipo alcanzar esta necesidad?

Nombre del Niño _____ Fecha de Nac. _____ Fecha IFSP _____

Fecha (Si esta es una página agregada) _____

SECCION 6: LISTA DE TRANSICION / RESULTADOS (duplicar si es necesario) Resultado # _____

El IFSP debe incluir los pasos que se van a tomar para apoyar la transición del niño, dentro y desde el sistema de intervención temprana First Steps. Esta sección puede completarse durante un repaso de rutina o evaluación de IFSP, o en otros momentos que sean apropiados. Estas incluyen actividades diseñadas para asegurar una transición tranquila del hospital al hogar, la selección de proveedores de servicio, servicios de base-central al hogar, la adición o reducción de servicios, o la transición de servicios para la edad de 3 años O cuando el niño ya no clasifica. Las actividades de transición incluyen discusiones con, y entrenamiento de padres con respecto a futuras colocaciones, procedimientos para preparar al niño, la familia y proveedores de servicios para estos cambios. Con el consentimiento de los padres, información acerca del niño es compartida con proveedores para asegurar la continuidad de los servicios y asistencia en planeamiento. Las necesidades para las transiciones se deben expandir en un resultado específico dentro del IFSP y proveer mas especificaciones /detalles.

Actividades de Transición hacia el programa First Steps:	Fecha Proyectada	Resultado: (Relacionado con el asunto de Transición)	
Transición del hospital, de la unidad de cuidado intensivo neonatal al hogar, y hacia la intervención temprana de servicios para asegurar que no ocurra ninguna perturbación en los servicios necesarios.		De : _____ Para: _____ Inquietudes relacionadas con la transición:	
Actividades de Transición dentro del programa First Steps:			
Cambios en la familia que puedan afectar la entrega del servicio IFSP (i.e., trabajo, nacimiento o adopción de hermano, necesidades medicas de otros miembros de la familia)		Nosotros lograremos este Resultado con las siguientes estrategias / actividades incluyendo horarios en los que deben ocurrir. Enumere personas / recursos que pueden ayudar Circúle su elección(es) final:	
Cambios en el niño que puedan afectar la entrega del servicio IFSP (i.e., hospitalización o cirugía, incorporación del niño en un programa de cuidado al niño, adición de nuevo equipo o tecnología, cambios de medicación)			
Introducción de un nuevo o cambio de Proveedor(es) de servicio(s)			
Terminación de servicios IFSP existentes			
Actividades de Transición fuera del programa First Steps:			

<p>Sistema First Steps existente:</p> <p>Fecha(s)</p> <p>_____ Contactar Servicio al Cliente de CSHCS /Unidad de Pre - Autorización (si corresponde) para explorar opciones futuras de servicio</p> <p>_____ Explorar opciones de programas comunitarios para nuestro niño</p> <p>_____ Explorar opciones de programas comunitarios para nuestra familia</p> <p>_____ Discutir el proceso de transición y nuestros derechos y responsabilidades bajo la Parte C</p> <p>_____ Enviar información específica a la agencia local de educación, con un informe de nuestro consentimiento por escrito, a la edad de 18 meses de nuestro niño</p> <p>_____ Enviar información específica a la agencia local de educación, con un informe de nuestro consentimiento escrito, a la edad de 30 meses de nuestro niño</p> <p>_____ Enviar información específica a programas comunitarios, al tener nuestro informe de consentimiento por escrito, para facilitar la entrega del servicio o la transición del sistema de intervención temprana First Steps</p> <p>_____ Llevar a cabo la reunión de 90 días de transición</p> <p>_____ Otros</p>			
--	--	--	--

Nombre del niño _____ Fecha de Nac. _____ Fecha IFSP: _____

SECCION 7: SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Esta pagina entera es parte del record electrónico. Los servicios de intervención temprana deben cumplir con las necesidades del desarrollo del niño y las necesidades de la familia relacionados a mejorar el desarrollo del niño, y están basados en resultados desarrollados. Los servicios son elegidos en colaboración con los padres y llevados a cabo bajo supervisión publica por personal calificado en conformidad con el IFSP. Al menos que sea indicado de otra manera, los servicios de intervención temprana son financiados a través de la Oficina Central de Reembolsos (Central Reimbursement Office). Cualquier servicio que sea proporcionado en un escenario que no sea el ambiente natural del niño deberá de documentarse en la sección 7 del IFSP.

Opciones de Servicios de Intervención Temprana					Ubicación		
Tecnología Asistiva Servicios de Enfermería Terapia de Lengua / habla Servicios Audio-lógicos Servicios Nutricionales Servicios de Visión Servicios de Salud Terapia Ocupacional Transportación Servicios de Diagnósticos Servicios Psicológicos Médicos Servicios de trabajo Social					1. Programas diseñados para niños con retraso / discapacidades 2. Programa diseñado para el niño con desarrollo típico 3. El Hogar 4. Hospital (internado) 5. Facilidad Residencial 6. Lugar del Proveedor de Servicios 7. Otros Escenarios		
Servicios	Resultado Relacionado	Frecuencia e intensidad del Servicio	Fecha de Inicio	Fecha Final	Código de Ubicacion	✓ En el escenario	Información del Proveedor Nombre y Agencia
Coordinación de Servicios	Todos	Cobros 1/mes					

LOS CONTENIDOS EN ESTE FORMULARIO IFSP COMPLETO ME / NOS HAN SIDO EXPLICADOS. YO/ NOSOTROS NOS DAMOS POR ENTERADOS Y ACEPTAMOS POR ESCRITO QUE IMPLEMENTEN LOS SERVICIOS DESCRITOS EN ESTA SECCION DEL IFSP. HE / HEMOS RECIBIDO UNA COPIA ESCRITA DEL DERECHO DE LOS PADRES, OPORTUNIDADES Y RESPONSABILIDADES DENTRO DEL SISTEMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA FIRST STEPS, Y EL RECEPTOR / COORDINADOR DE SERVICIOS TAMBIEN HA EXPLICADO ESTA INFORMACIÓN VERBALMENTE.

Firma del Padre / Guardián / Padre Sustituto (Surrogate) _____ Fecha _____ Padre / Guardián / Padre sustituto (Surrogate) _____ Fecha _____

SECCION 8: OTROS SERVICIOS

Para ampliar apropiadamente, el IFSP debe incluir servicios que no son **requeridos o cubiertos** bajo la parte C. Enumerar los servicios no requeridos no quiere decir que estos servicios serán proporcionados; sin embargo, identificarlos puede ser de gran ayuda en comprender a ambos familia y coordinador de servicios y proporcionar formas para lograr asegurar esos servicios. Los servicios deben de corresponder a los resultados de familia identificados en las secciones 4 y 6.

Servicio	Fecha de Inicio mes/ día /ano	Duración (meses)	Información del Proveedor	Fuente de Financiamiento

BASADO EN LA INFORMACIÓN ADJUNTA DEL RESUMEN DEL NIVEL DE RENDIMIENTO PRESENTE Y DE EVALUACIÓN DEL NIÑO, YO ACEPTO LAS TERAPIAS RERCOMENDADAS QUE SEAN NECESARIAS Y APROPIADAS.

Nombre del Médico (En imprenta): _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva la copia de esta pagina firmada al Coordinador de Servicio de su niño, _____

al, Teléfono: _____ Fax: _____

Si usted tiene preguntas adicionales relacionadas a la candidatura o evaluación de este niño, usted puede contactar al

Equipo de Candidaturas (ED): _____

Nombre del Niño _____ Fecha de Nac. _____ Fecha IFSP _____

SECCION 9: EQUIPO DE DESARROLLO DE IFSP Y CONTRIBUIDORES

Las reuniones de IFSP **deben incluir** los padre(s), otros miembros de la familia que los padre(s) solicitan, un defensor o una persona fuera de la familia que el padre solicite, el Coordinador de servicios, persona(s) involucradas directamente en conducir la evaluación y valoración, y como sea oportuno, personas que brindaran servicios al niño o la familia.

IFSP	Nombre en Imprenta	Posición/ Función	Agencia (Si aplica)	Teléfono	Firma o Método de Participación
		Padre			
		Madre			
		Coord. Receptivo.			
		Repre. Equi. ED			
		Repre. Equi. ED			
		Coord. Servicio			

Una copia de este IFSP será enviada a los proveedores enumerados en la Sección 7 y a las personas indicadas arriba (✓de acuerdo a las columnas IFSP). Además, el IFSP será enviado a los siguientes individuos:

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____

ACTA DE REUNIONES DE IFSP: Documentación por escrita de la reunión IFSP debe ser tomada. Las notes deben documentar discusiones generales, cualquier tema sin resolver, y actividades de seguimiento. (Agregue paginas adicional cuando sea necesario)

Nombre y Función de la persona tomando el acta: _____

Ubicación de la reunión: _____ Hora de inicio de reunión: _____ Hora final: _____

Los participantes de la reunión deben ser enumerados abajo. Si alguno de los participantes no estuvo presente, favor indique la persona y el tiempo que estuvo presente:

Nombre :	Horas de participación:
Nombre:	Horas de participación:

Notas:

Firma de persona que tomo notas: _____

Página 1 de _____

Nombre del niño _____

Fecha de Nac. _____

País _____

SECTION 10: REPASO DE RESULTADOS

IFSP FECHA: _____

REPASO DE RESULTADOS (Esta pagina debe duplicarse p/c repaso) Ciclo de Repaso: 6 meses ____ otro(explique) _____

Un repaso del IFSP debe realizarse al menos cada 6 meses o si la familia lo solicita, para determinar el grado de progreso hacia el logro de los resultados o para modificar o revisar los resultados o si servicios son necesarios. **Un Aviso escrito por avanzado para notificar reuniones se debe proporcionar a los padres y otros participantes.**

Resul- tado #	Resumen de Progreso	Modificaciones / Revisiones (Modificaciones o revisiones en los servicios deben incluir justificación)	Justificación

Comentarios:

Use + Para SUMAR o -Para Term.	Modificación al Servicio(s)	Numero del Resultado	Frec./Intensidad (Veces por semana o Mes y min. por vez)	Fecha Anticipada de Inicio	Fecha Final (fecha en que el nuevo servicio terminara)	En Sitio ✓	Código de Ubicación	Información del Proveedor (INCLUYA NOMBRE DEL PROVEEDOR Y BENEFICIARIO)

Yo / nosotros participamos en el proceso de repaso y aceptamos las revisiones reflejadas en esta sección. Yo comprendo que cambios en un servicio que resulten en modificar servicios, tales como agregar o incrementar servicios, o cambiar la ubicación del servicio a otra ubicación donde se brinde el servicio, requiere el consentimiento del medico de mi HIJO(A) y del equipo que determina la aceptación. Una vez que el médico de mi HIJO(A) firme, Yo / Nosotros nos damos por enterados y aceptamos por escrito implementar los servicios descritos en este documento. Una copia completa de esta pagina de modificación será distribuida a los miembros apropiados del equipo de IFSP. Yo / Nosotros hemos recibido una copia de los derechos del Sistema de Intervención Temprana First Steps y nuestro Coordinador de Servicio nos ha explicado estos derechos verbalmente.

Firma del Padre / Guardián / Padre Sustituto

Fecha

(Otra) Firma del padre

Fecha

Firma del Coordinador de Servicio (requerida)

Fecha

(_____)
Teléfono #

(_____)
Fax #

Dirección del Coordinador de Servicio

MÉDICO: _____

UNA VEZ QUE HAYA REPASADO LAS MODIFICACIONES DEL IFSP, POR FAVOR INDIQUE SU ACUERDO DE LOS SERVICIOS PLANEADOS PARA ESTE NIÑO Y SU FAMILIA EN LOS ESPACIOS PROPORCIONADOS. POR FAVOR DEVOLVER ESTA FORMA FIRMADA AL COORDINADOR DE SERVICIO MENCIONADO ARRIBA Y MANTENER UNA COPIA DEL DOCUMENTO IFSP EN SU HISTORIAL DE PACIENTE. SI POR ALGUNA RAZON USTED NO ESTA DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN EL IFSP, POR FAVOR COMUNIQUESE INMEDIATAMENTE CON EL COORDINADOR DE SERVICIOS PARA DISCUTIR SUS INQUIETUDES.

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nac. _____ Fecha IFSP: _____

Hoja de Servicio del Coordinador de Servicio

Papel del Coordinador de Servicio: Debe proveer el servicio de coordinación de servicios que asisten y permiten que el bebe o niño pequeño y su familia reciban los servicios, los derechos y procedimientos de salvaguardar, autorizados para que sean proporcionados bajo el programa de intervención temprana. La coordinación de servicios incluye asistir a los padres a obtener acceso a los servicios de intervención temprana, coordinar el suministro de servicios de intervención temprana y otros servicios que el niño necesita, facilitar el servicio de soporte de padre a padre, facilitar la entrega a tiempo de los servicios disponibles, y continuamente buscar los servicios apropiados y la situación necesaria para beneficiar el desarrollo del niño durante el tiempo que el niño califique.

Responsabilidades:

- Facilitar y Participar en el desarrollo, repaso, y evaluación del IFSP:
 - √ Repaso a los 6 meses del IFSP con la familia: Fecha proyectada: _____
 - √ OTRO Repaso planeado: Fecha proyectada: _____
- Facilitar actividades de evaluación relacionadas con la revisión anual de la candidatura y el desarrollo del IFSP: Fecha Proyectada: _____
- Asistir a las familias a identificar los servicios disponibles, Incluyendo el soporte de padre a padre Fecha Proyectada: _____
- Coordinar y observar la entrega de los servicios disponibles, incluyendo la asistencia de identificar el acceso a recursos disponibles de soporte financiero para estos servicios de intervención temprana, incluyendo Hoosier Healthwise y CSHCS, y Servicios de Manejo de Casos Financieros para asistir a determinar beneficios a través de seguros privados:
 - √ Proveer Manejo de Caso Financiero
 - () Facilitar la aplicación a Hoosier Healthwise
 - () Facilitar la aplicación a Children's Special Health Care Services (CSHCS)
 - () Asistir a facilitar una aplicación para el programa(s) Medicaid Waiver _____
 - () Facilitar referencias para otro programa(s): NOMBRE(S) _____
- Informar las familias de la disponibilidad de servicios defensores:
- Obtener consentimientos / liberar formularios de información cuando sea necesario:
- Facilitar el desarrollo de un plan de transiciones para entrar, permanecer , y salir del sistema de intervención temprana, Incluyendo la transición a la Parte B de educación especial, servicios pre -escolares u otros servicios comunitarios apropiados a la edad de tres años o cuando el nov no necesita mas o no sea candidato de los servicios de intervención temprana:
FECHA Proyectada: _____
- Coordinar la solicitud de Aparatos de Tecnología Asistiva cuando sea necesario:
- Otro: _____

Técnicas de Comunicación y pautas para asistir en la coordinación de servicios:

- Facilitar la comunicación con el equipo IFSP:
 - Método: _____
 - _____
 - Frecuencia: _____
 - Otras personas (incluyendo personas que cuidan) que deben de ser incluidas en las comunicaciones del equipo:
Nombre: _____ Con el propósito de: _____
 - Frecuencia / Horarios: _____
- Conducir reuniones personales con la familia: Frecuencia: _____
- Mantener el archivo de intervención temprana en el System Point of Entry
- Coordinar la recepción de reportes de proveedor cada trimestre: Fecha de Entrega: _____
- Coordinar con proveedores de salud y atención medica
- Coordinar comunicación con el médico o clínica del niño.