



Infant & Toddler Connection of Virginia  
**Conexión de Virginia  
 para Bebés**

---

Para: Familia  
 Dirección  
 Ciudad, Estado y Código Postal

---

Ref.: Nombre del niño  
 Número de identificación

---

## Confirmación del Cronograma del Plan Personalizado de Servicios Familiares (IFSP) ITCV-PS-5(R) 7/10

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimados: \_\_\_\_\_

Quisiera confirmar el cronograma de reuniones/revisiones con el equipo de IFSP que ya hemos conversado para su hijo. La reunión/visión del equipo IFSP se ha fijado para comodidad de su familia y puede ser reprogramada si es necesario. La reunión/visión del IFSP se ha establecido según se indica a continuación:

Fecha	Hora	Lugar
-------	------	-------

La reunión/visión del IFSP será del siguiente tipo:

inicial    anual    revisión semestral    otra \_\_\_\_\_

Como ya lo hemos conversado, el propósito de la reunión/visión del IFSP es discutir la información relacionada con el desarrollo de su hijo y preparar un plan familiar que incluya los resultados, estrategias, servicios y apoyos que el equipo considere apropiados para su hijo y su familia. El IFSP inicial deberá completarse dentro de los 45 días desde el momento en que su hijo haya sido derivado a la Parte C, a menos que usted amplíe este plazo para ajustarlo a las necesidades de su familia. Por lo tanto, los IFSP deben revisarse cada seis meses y deberá realizarse una reunión/visión anual para evaluar los IFSP y ajustarlos según sea necesario.

Las personas que brindarán información para desarrollar el IFSP se indican más abajo. Es posible que no estén presentes en la reunión/visión, pero brindarán información por escrito o en forma oral. Compartiremos toda esa información con usted en la reunión/visión. Puede invitar a quien desee a participar en la reunión/visión.

Nombres (Persona o Agencia Proveedora)

Disciplina

Por favor llámenos si tiene alguna pregunta sobre la información o el cronograma anterior.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
 Nombre(s)/Cargo(s)

c.c.: Miembros del Equipo IFSP (indicados anteriormente)

Nota: *Los padres recibirán una copia de este formulario.*

Por correo    En mano

DMH 888E 1048 R7/10