



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 de las reuniones/actividades programadas ITCV-PS-5(0) 7/10

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

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

Quisiera confirmar las siguientes reuniones/actividades programadas que ya hemos conversado para su hijo. Estas reuniones/actividades se han fijado para su comodidad y pueden reprogramarse en caso necesario.

- **Evaluación para la planificación de servicios:** Para ayudar al equipo del IFSP a identificar los servicios y asistencias de intervención temprana necesarios para atender las necesidades únicas de su hijo en todas las áreas de su desarrollo.

Fecha	Hora	Lugar

- **Reunión del Plan Personalizado de Servicios Familiares (IFSP):** Para desarrollar un plan familiar que incluye los resultados, estrategias, servicios y apoyos que el equipo considere apropiados para su hijo y su familia. Un IFSP inicial deberá completarse dentro de los 45 días calendario 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.

Fecha	Hora	Lugar

Debajo se incluye una lista de las personas que participarán en la reunión/actividad programada. Si no llegasen a estar personalmente en la reunión/actividad, proporcionarán información por escrito o en forma oral. Compartiremos toda esa información con usted. Puede invitar a quien quiera a participar en la reunión/actividad.

Nombres (Persona o Agencia Proveedora)

Disciplina

Por favor llámenos al \_\_\_\_\_ si tiene alguna pregunta sobre la información o el cronograma.

Atentamente,

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

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

DMH 888E 1048 R7/10(1)

Por correo
  En mano