

Infant & Toddler Connection of Virginia
Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP)
Local System Name Here



I. Información del niño y la familia

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: M F Condado o ciudad de residencia del niño: _____

Fecha de IFSP: _____ Inicial Anual # _____ Fecha de la revisión de 6 meses: _____

Fechas en las que se deben presentar las revisiones trimestrales de la Administración Enfocada de Casos (TCM) de Medicaid.

Fecha(s) en las que se completaron la revisiones de IFSP/TCM:

Fecha(s) en las que se completaron otras revisiones:

Idioma principal y/o forma de comunicación de la familia:

El del niño (en caso de ser diferente)

Número de Medicaid (opcional): _____

Nombre, dirección, teléfono y otros medios de contacto de los padres y/u otro familiar:

Nombre, agencia, dirección, teléfono, correo electrónico y números de fax del coordinador de servicios / administrador de casos:

Este IFSP también sirve como Plan de Servicios para Consumidores para la Administración Enfocada de Casos de Medicaid de _____ (fecha de inicio) a _____ (fecha final).

Los servicios de intervención temprana se proporcionan a los niños elegibles y a sus familias en cumplimiento con el Apartado C de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades.

Nombre del niño: _____
Fecha de IFSP: _____ Fecha de Nacimiento: _____



Ila. Actividades del niño y de la familia

(Lo que deseamos que las personas que nos ayudan sepan sobre nuestras rutinas y actividades cotidianas: lugares a donde vamos o a los que nos gustaría ir, personas con las que estamos o con las que nos gustaría estar, actividades que realizamos y las actividades que nuestro hijo disfruta.)

Ilb. Recursos, prioridades e inquietudes identificados por la familia

(Lo que deseamos que las personas que nos ayudan sepan sobre los recursos y apoyos que tenemos y las inquietudes y prioridades que tenemos sobre el desarrollo de nuestro hijo.)

<p>¡Voluntario! Su hijo puede seguir recibiendo servicios aun si usted no completa la sección Ilb. _____ Inicial del padre o madre si elige no proporcionar esta información. _____ Inicial del padre o madre si elige no incluir esta información en el IFSP.</p>

Nombre del niño: _____
Fecha de IFSP: _____ Fecha de Nacimiento: _____



IIC. Evaluación social (Requerida para la Administración de Casos Objetivo de Medicaid)

Hogar y vida cotidiana (incluyendo información/necesidades de vivienda):

Asuntos legales y tutela:

Tiempo libre y recreación:

Educación y vocación:

Relaciones y apoyos sociales:

Salud física/mental, problemas de seguridad y comportamiento (incluyendo comportamientos desafiantes, necesidades médicas, medicamentos y necesidades nutricionales):

Nombre del niño: _____
Fecha de IFSP: _____ Fecha de Nacimiento: _____



IIc. Evaluación social (Requerida para la Administración de Casos Objetivo de Medicaid) continuación

Finanzas, seguro, transporte y otros recursos (incluyendo cualquier ingreso a nombre del niño):

Fortalezas, preferencias personales y deseos:

Resumen de servicios anteriores que hayan o no sido exitosos:

Fortalecimiento/representación/voluntariado:

Barreras de comunicación:

Nombre del niño: _____
Fecha de IFSP: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Infant & Toddler
Connection of Virginia



Página 3

La información de las siguientes evaluaciones realizadas fuera del sistema de Infant & Toddler Connection of Virginia se usó para completar la evaluación (*Nombre escrito, credenciales y organización*):

Eligibilidad para la administración enfocada de casos de Medicaid

- Su hijo es elegible para la administración enfocada de casos debido a que padece (marcar uno):
 - un retraso en el desarrollo cognitivo y adaptativo (para las áreas de capacidades adaptativas de TCM, se incluye la comunicación, el cuidado de sí mismo, la vida en el hogar, las habilidades sociales, el uso de la comunidad, la independencia, la salud y la seguridad, los estudios académicos y el ocio);
 - una afección diagnosticada que reúne los requisitos.
- Su hijo no es elegible para la administración enfocada de casos.

Nombre del niño:

Fecha de IFSP:

Fecha de Nacimiento:



IV. Resultados de la intervención temprana

Su hijo recibirá: [] Coordinación de servicios [] Coordinación de servicios/ TCM (Administración Enfocada de Casos de Medicaid)

Resultado (meta a largo plazo) # 1 – Coordinación de servicios (requerido)

Para poder ayudar a su hijo y familia a recibir los apoyos y servicios que necesita, su coordinador de servicios/administrador de casos objetivo garantizará:

- Que el IFSP aborde sus inquietudes, prioridades y recursos identificados;
▪ Que los apoyos y servicios sean correctos y adecuados;
▪ Que usted esté satisfecho con los apoyos y servicios; y
▪ Que estén protegidos los derechos de su hijo y familia.

Metas a corto plazo

Ayudar a su familia con el desarrollo, evaluación y revisión constante del IFSP.
Proveer apoyo y asistencia a su familia para abordar problemas o inquietudes que surgen a través del tiempo.
Proveer apoyos identificados por su familia para incluir recursos para:

Table with 2 columns: Fecha objetivo constante, Fecha de cumplimiento

Table with 3 columns for listing goals and dates.

Actividades de coordinación de servicios (Intervenciones):

- Mantener el contacto constante con usted para supervisar los servicios
• Hacer llamadas telefónicas/contacto personal con su familia y con individuos/agencias que proveen apoyo, asistencia y servicios.
• Revisar los servicios por lo menos trimestralmente.
• Vincular a su familia con los recursos comunitarios adecuados.
• Ayudar con la solución de problemas.

Coordinador de servicios/Administrador enfocado de casos (Nombre escrito, credenciales, rol/organización)

Nombre del niño: _____
Fecha de IFSP: _____

Fecha de Nacimiento: _____



IV. Resultados de la intervención temprana

Fecha en la que se agregó el resultado: _____

Resultado (Meta funcional a largo plazo) #__ Fecha objetivo: _____ Fecha en la que cumplió, cambió o finalizó: _____

Oportunidades y actividades de aprendizaje que desarrollan los intereses y capacidades del niño y de la familia:

Metas a corto plazo	Fecha objetivo	Fecha de cumplimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Intervenciones (Procedimientos o modalidades de tratamiento)

Nombre del niño: _____
 Fecha de IFSP: _____

Fecha de Nacimiento: _____



V. Servicios necesarios para lograr los resultados de la intervención temprana

SERVICIO PERMITIDO	FRECUENCIA (# x/wk/ mes/una vez)	INTENSIDAD (# min/visita)	GRUPO (G) / INDIVIDUO (I)	MÉTODOS** (a,b,c,d)	AMBIENTE/UBI CACIÓN NATURAL (Debe ser un entorno natural a menos que se justifique a continuación)	PAGO	FECHA DE INICIO PROYECTADA	FECHA DE TERMINACIÓN PROYECTADA	FECHA DE TERMINACIÓN REAL
						1. Cuota familiar 2. Seguro 3. Medicaid, 4. Fondos estatales 5. Fondos locales 6. Apartado C			
1. Coordinación de servicios	*	*		Coordinación de servicios					
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

* Ésta es la frecuencia e intensidad mínimas de contacto directo por parte de su coordinador de servicios. La frecuencia e intensidad de la coordinación de servicios proporcionada realmente variará ya que la coordinación de servicios es un proceso activo y constante que cambia con base en a las prioridades y necesidades de su familia.

** Métodos: a = Entrenamiento, incluyendo práctica según sea adecuada b = Consulta c = Evaluación
 d = Provisión del dispositivo de tecnología de asistencia

Justificación de por qué los resultados de intervención temprana no se pueden lograr satisfactoriamente en un entorno natural y un plan con los cronogramas y apoyos necesarios para regresar los servicios de intervención a entornos naturales:

Razón por la cual se aplazó la fecha de inicio proyectada – Para cada servicio que esté planeado para comenzar más de 21 días calendario después de que la familia firme el IFSP, indique si la razón es por preferencia de programación de la familia, si el equipo planeó una fecha de inicio posterior para satisfacer las necesidades del niño y de la familia, u otra razón:

VI. Otros servicios (Servicios necesarios, pero no permitidos bajo el Apartado C – incluyendo servicios médicos así como controles para el bebé, seguimiento con especialistas con fines médicos, etc.)

SERVICIO	PROVEEDOR	UBICACIÓN	MEDIDAS QUE SE DEBEN TOMAR PARA ASISTIR EN LA GARANTÍA DE SERVICIOS

Nombre del niño: _____

Fecha de IFSP: _____

Fecha de

Nacimiento: _____

Infant & Toddler

Connection of Virginia



VII. Planeación de transición

La siguiente información sobre transición se comenta al principio del IFSP inicial:

- o La transición sucede cuando su hijo deja la intervención temprana. La planeación en esta página le ayudará a usted y a su hijo a hacer la transición fácilmente de la intervención temprana a lo que venga después para su hijo.
- o Opciones después de la intervención temprana (ejemplos: Programas comunitarios como educación preescolar del vecindario, Head Start, educación especial a temprana edad a través de las escuelas públicas).
- o Tiempos posibles de la transición
 - Cuando su hijo alcance el nivel de edad en todas las áreas de desarrollo y ya no cumpla ningún otro requisito para la intervención temprana
 - Cuando su hijo cumpla tres años, que es cuando termina la elegibilidad para la intervención temprana
 - Cuando y si su hijo es elegible para los servicios de educación especial a temprana edad a través de las escuelas públicas (entre 2 y 3 años), si es que usted está interesado en esos servicios. Es posible que a los niños no se les proporcione la intervención temprana y la educación especial a temprana edad a través de las escuelas públicas al mismo tiempo.

Esta información se comentó el _____ (fecha) por _____ (iniciales del coordinador de servicios)

Fechas importantes para la planeación de transición:

_____ - fecha objetivo como recomendación para determinar la elegibilidad si usted está interesado en los servicios de educación especial a edad temprana proporcionados a través de su sistema escolar local (la recomendación debe realizarse antes del 1º de abril del año en el que su hijo cumple 2 años y antes del 30 de septiembre si usted desea que su hijo comience a asistir a la escuela el primer día del siguiente año escolar).

_____ (fecha en la que el niño cumple 3 años) – fecha en la cual si hijo ya no es elegible para recibir intervención temprana

Notificación para la división escolar local:

El nombre, dirección, número telefónico y fecha de nacimiento de nuestro hijo se enviará a _____ (división escolar) antes de _____ (fecha) a menos de que no estemos de acuerdo. Enviar esta información ayuda a la división escolar a saber quién en la comunidad puede ser elegible para recibir servicios de educación especial. Ésta no es una recomendación para dichos servicios y no significa que usted está interesado en dichos servicios.

No quiero que el nombre, dirección, número telefónico y fecha de nacimiento de mi hijo se envíen a la división escolar local.

(iniciales del Padre o

Cambié de opinión y estoy de acuerdo que se envíe esta información a la división escolar local.

(iniciales del Padre o

Fecha en la que se envió la notificación: _____

Requisitos para la planeación de transición

Las actividades de transición completadas dependerán de sus planes de transición y de sus preferencias familiares.

Pasos/Actividades de transición	Fecha objetivo	Fecha de completado	Iniciales de la persona que llena el formulario
<p>Con base en sus planes de transición y sus preferencias familiares, su coordinador de servicios le:</p> <p>1. Ayudará a su familia a explorar las opciones del programa comunitario, las cuales pueden incluir servicios de educación especial a edad temprana para su hijo</p> <p>a. Proporcionará información, incluyendo información de contacto del programa, opciones de la comunidad después de la intervención temprana, según lo desee su familia. Información proporcionada sobre los siguientes programas:</p> <p>b. Organizará visitas a los programas, según lo desee su familia. Programas visitados:</p> <p>c. Proporcionará nombres de otras familias (con su permiso) que han realizado la transición a programas que la familia está considerando, según lo desee su familia.</p> <p>d. Otros pasos/actividades:</p>			

Nombre del niño: _____

Fecha de IFSP: _____

Fecha de

Nacimiento: _____

Infant & Toddler

Connection of Virginia



Página 7

Pasos/Actividades de transición Con base en sus planes de transición y sus preferencias familiares, su coordinador de servicios le:	Fecha objetivo	Fecha de completado	Iniciales de la persona que llena el formulario
2. Con su permiso, haga una recomendación a la división escolar local o a otro(s) programa(s) deseado(s) a. El consentimiento del padre se obtuvo en el formulario de divulgación de información el _____ (fecha) b. Con el consentimiento del padre o madre en el formulario de divulgación de información, recomiende a su hijo y envíe información específica del niño al proveedor de servicios o programa futuro (por ejemplo, informes de evaluación, IFSP, etc.). Liste la información enviada: c. Recomendación enviada a _____ (programa) el _____ (fecha) d. Otros pasos/actividades:			
3. Si su familia está considerando realizar la transición a los servicios de educación especial a edad temprana, lleve a cabo la conferencia de transición de 90 días entre usted, su coordinador de servicios y alguien del programa nuevo para planear cómo hacer la transición. a. El formulario de <i>Previo aviso para los padres</i> se proporcionó el _____ (fecha) b. El padre o madre <input type="checkbox"/> aprueba / <input type="checkbox"/> desaprueba la conferencia como se indica por: <input type="checkbox"/> _____ (firma del padre); _____ (fecha) O <input type="checkbox"/> Se firmó la <i>Aprobación del padre o madre para la conferencia de planeación de transición</i> en el registro del niño c. El coordinador de servicios garantiza la programación de la conferencia y la participación requerida por las partes (marque una opción): <input type="checkbox"/> Invitando directamente a los participantes y programando la hora y lugar para la reunión <input type="checkbox"/> Trabajando con la división escolar para llevar a cabo la conferencia como parte del proceso de elegibilidad d. La conferencia de transición se llevó acabo el _____ (fecha) e. Las siguientes personas participaron: <input type="checkbox"/> (Padre o madre - requerido), <input type="checkbox"/> (intervención temprana - requerido), <input type="checkbox"/> (división escolar - requerido), <input type="checkbox"/> (otra) <input type="checkbox"/> (otra) f. Resultados de la conferencia de transición (por ejemplo, planeación para cualquier evaluación futura, reunión de IEP incluyendo la determinación de colocación, etc.):			
4. Una vez que se haya determinado la transición de su hijo, ayude a su hijo y a su familia a prepararse, según lo desee su familia, para los cambios en apoyos y servicios para que pueda realizar la transición fácilmente de un programa a otro a. Su hijo realizará la transición a _____ el _____ (fecha proyectada) b. Ayude a su hijo y a su familia a estar listos para el nuevo programa/entorno:			
5. Dé de baja a su hijo del sistema local del Apartado C en o antes de su 3º cumpleaños a. Se firmó el formulario de <i>Previo aviso para los padres</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Si el niño está en esta en estado activo: El formulario de <i>Previo aviso para los padres</i> se envió el _____ (fecha) Se firmó el formulario de <i>Previo aviso para los padres</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. Fecha de dada de baja/conclusión _____			

Nombre del niño: _____

Fecha de IFSP: _____

Fecha de

Nacimiento: _____

Infant & Toddler

Connection of Virginia



Página 8

VIII. ACUERDO DE IFSP

Consentimiento de los padres para proveer servicios de intervención temprana:

Recibí una copia de los derechos familiares bajo el Apartado C de IDEA (*Notificación de los derechos del niño y familia en el sistema de intervención temprana del Apartado C de Infant & Toddler Connection of Virginia*) y una copia de la "Información de honorarios para familias" (para el IFSP anual) junto con este IFSP. Estos derechos e información sobre las cuotas familiares me fueron explicadas y las comprendo. Participé en el desarrollo de este IFSP y doy mi consentimiento informado para que el sistema y proveedores de servicio de Infant & Toddler Connection of Virginia lleven a cabo las actividades listadas en este IFSP.

Consentimiento hace referencia a que estoy completamente informado sobre las actividades para las cuales se requiere consentimiento, en mi lengua materna (a menos que no sea factible el hacerlo) y otra forma de comunicación; que entiendo y estoy de acuerdo estableciéndolo por escrito a llevar a cabo las actividades para las cuales se requiere consentimiento; el consentimiento describe esas actividades; y el otorgamiento de mi consentimiento es voluntario y puede revocarse por escrito en cualquier momento.

Comprendo que puedo rechazar un servicio o servicios sin poner en riesgo ningún otro servicio de intervención temprana que reciba mi hijo o familia a través del sistema de Infant & Toddler Connection of Virginia.

Comprendo que mi IFSP se compartirá entre los proveedores de servicio de Infant & Toddler Connection of Virginia que implementen este IFSP.

Firma(s) de (marque una opción): Padre(s) Tutor Padre o madre sustituto(a)

Fecha

Otros participantes del IFSP (*Nombre escrito, credenciales, rol/organización, firma y fecha*):

Los siguientes individuos participaron electrónicamente o por escrito (*especifique cuál*):

Traductor/Intérprete (*si es que se usó*):

Se adjuntan los siguientes documentos relacionados:

Con copia a:

Certificación de un médico (requerida para cobrar el seguro): Certifico y confirmo que los servicios _____, como se describe en el IFSP, son una necesidad médica para este niño.

Firma

Credenciales

Fecha

Nombre del niño:

Fecha de IFSP:

Fecha de Nacimiento:

Infant & Toddler

Connection of Virginia



Página 9

IX. Registro de revisión de IFSP

Propósito de la revisión: Revisión de 6 meses Solicitada por: _____ Fecha de revisión: _____

Resumen (Incluya la justificación para cualquier cambio que resulte de esta revisión):

Cambio(s):

Fecha de inicio proyectada para el cambio:

Consentimiento de los padres

Recibí una copia de los derechos familiares bajo el Apartado C de IDEA (Notificación de los derechos del niño y familia en el sistema de intervención temprana del Apartado C de Infant & Toddler Connection of Virginia) junto con este Registro de Revisión de IFSP. Estos derechos me fueron explicados y los comprendo. Participé en el desarrollo de esta Revisión de IFSP y doy mi consentimiento informado para que el sistema y proveedores de servicio de Infant & Toddler Connection of Virginia lleven a cabo cualquier cambio listado en este Registro de Revisión de IFSP.

Consentimiento hace referencia a que estoy completamente informado sobre las actividades para las cuales se requiere consentimiento, en mi lengua materna (a menos que no sea factible el hacerlo) y otra forma de comunicación; que entiendo y estoy de acuerdo estableciéndolo por escrito a llevar a cabo las actividades para las cuales se requiere consentimiento; el consentimiento describe esas actividades; y el otorgamiento de mi consentimiento es voluntario y puede revocarse por escrito en cualquier momento.

Comprendo que puedo rechazar un servicio o servicios sin poner en riesgo ningún otro servicio de intervención temprana que reciba mi hijo o familia a través del sistema de Infant & Toddler Connection of Virginia.

Comprendo que mi IFSP se compartirá entre el sistema y los proveedores de servicio de Infant & Toddler Connection of Virginia que implementen este IFSP.

Firma(s) de (marque una opción): Padre(s) Tutor Padre o madre sustituto(a)

Fecha

Otros participantes del IFSP (nombre escrito, credenciales, rol/organización, firma y fecha):

Los siguientes individuos participaron electrónicamente o por escrito (especifique cuál):

Certificación de un médico (requerida para cobrar el seguro): Certifico y confirmo que los servicios _____, como se describe en el IFSP, son una necesidad médica para este niño.

Firma

Credenciales

Fecha

Nombre del niño: _____

Fecha de IFSP: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Infant & Toddler

Connection of Virginia



Página 9 TCM

IX. Registro de revisión de IFSP

Propósito de la revisión: Revisión trimestral de TCM/IFSP

Fecha de revisión: _____

Resumen (Incluya la justificación para cualquier cambio que resulte de esta revisión):

Estado general (incluyendo salud y seguridad):

Eventos significativos:

Progreso o falta de progreso:

Satisfacción con los servicios:

Cambio(s):

Fecha de inicio proyectada para el cambio:

Consentimiento de los padres

Recibí una copia de los derechos familiares bajo el Apartado C de IDEA (Notificación de los derechos del niño y familia en el sistema de intervención temprana del Apartado C de Infant & Toddler Connection of Virginia) junto con este Registro de Revisión de IFSP. Estos derechos me fueron explicados y los comprendo. Participé en el desarrollo de esta Revisión de IFSP y doy mi consentimiento informado para que el sistema y proveedores de servicio de Infant & Toddler Connection of Virginia lleven a cabo cualquier cambio listado en este Registro de Revisión de IFSP.

Consentimiento hace referencia a que estoy completamente informado sobre las actividades para las cuales se requiere consentimiento, en mi lengua materna (a menos que no sea factible el hacerlo) y otra forma de comunicación; que entiendo y estoy de acuerdo estableciéndolo por escrito a llevar a cabo las actividades para las cuales se requiere consentimiento; el consentimiento describe esas actividades; y el otorgamiento de mi consentimiento es voluntario y puede revocarse por escrito en cualquier momento.

Comprendo que puedo rechazar un servicio o servicios sin poner en riesgo ningún otro servicio de intervención temprana que reciba mi hijo o familia a través del sistema de Infant & Toddler Connection of Virginia.

Comprendo que mi IFSP se compartirá dentro del sistema de servicio de Infant & Toddler Connection of Virginia local que incluye a los proveedores involucrados en la evaluación, en el desarrollo o en la implementación de este IFSP.

Firma(s) de (marque una opción): Padre(s) Tutor Padre o madre sustituto(a)

Fecha

Otros participantes del IFSP (nombre escrito, credenciales, rol/organización, firma y fecha):

Los siguientes individuos participaron electrónicamente o por escrito (especifique cuál):

Certificación de un médico (requerida para cobrar el seguro): Certifico y confirmo que los servicios _____, como se describe en el IFSP, son una necesidad médica para este niño.

Nombre del niño: _____
 Fecha de IFSP: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Infant & Toddler
Connection of Virginia



Anexo

(Consulte el número correspondiente en la página 6 del IFSP para los detalles de servicio)

#	Servicio	PROVEEDOR DE SERVICIOS <small>(Nombre, agencia, dirección y número telefónico)</small>	¿Actual?
1	Coordinación de servicios		<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
2			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
3			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
4			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
5			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
6			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
7			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
8			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N
			<input type="checkbox"/> N

Se me ofreció la oportunidad de elegir entre las agencias proveedoras que trabajan en el área de mi sistema local y que representan mi red pagadora. Es posible que solicite el cambio de los proveedores de servicio en cualquier momento a través del contacto con mi coordinador de servicios.



Para los servicios n.º	Firmas de (marcar uno): <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre sustituto	Fecha
Para los servicios n.º	Firmas de (marcar uno): <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre sustituto	Fecha
Para los servicios n.º	Firmas de (marcar uno): <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre sustituto	Fecha