

Confirmación de programación del Plan de servicio familiar individualizado (IFSP)

OBJETIVO: Proporcionar un aviso escrito de reunión para la reunión inicial del IFSP, para cada reunión de revisión del IFSP y cada reunión anual del ISFP a los padres y a los otros miembros del equipo del IFSP para facilitar su participación.

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	COORDINADOR DE RECURSOS DE LA FAMILIA
NOMBRE DEL PADRE/MADRE		FECHA

Estimado(a)

Me gustaría confirmar la programación de reuniones/revisiones del equipo del IFSP que se acordaron previamente para su niño. La reunión/revisión del equipo del IFSP ha sido programada para conveniencia de su familia, y puede cambiarse si es necesario. La reunión/revisión del equipo del IFSP ha sido programada para:

_____ *Fecha* _____ *Hora* _____ *Lugar*

EL TIPO DE ESTA REUNIÓN SERÁ

- reunión para desarrollar el Plan inicial de servicio familiar individualizado (IFSP)
- reunión para desarrollar el Plan anual de servicio familiar individualizado (IFSP)
- reunión para revisar o modificar el Plan de servicio familiar individualizado (IFSP)
- Conferencia de planificación de transición

Como hemos descrito, el objetivo de la reunión/revisión del equipo del IFSP es hablar sobre la información relacionada con el desarrollo de su niño y desarrollar un plan familiar que incluya resultados, estrategias, servicios y apoyos que el equipo determine que son apropiados para su niño y su familia. El IFSP inicial debe completarse dentro de un plazo de 45 días calendario contados desde que su niño fue referido a ESIT, a menos que usted extienda este plazo para satisfacer las necesidades de su familia. En lo sucesivo, el IFSP debe ser revisado cada seis meses, y debe celebrarse una reunión/revisión anual para evaluar el IFSP y modificarlo si es necesario.

Las personas que han sido invitadas y que proporcionarán la información para desarrollar el IFSP se mencionan a continuación. Es posible que no asistan a la reunión/revisión, pero aportarán información escrita u oral. Toda esta información se le proporcionará en la reunión/revisión. Usted puede invitar a quien desee a que participe en la reunión/revisión.

NOMBRES (PERSONA Y/O AGENCIA PROVEEDORA)	DISCIPLINA

Llámenos si tiene alguna pregunta sobre la información antes mencionada. Atentamente,

_____ *Nombre(s)/Puesto(s)* _____ *Número de teléfono* _____ *Dirección de correo electrónico*
Cc: Miembros del equipo del IFSP (mencionados arriba) Por correo En persona
Nota: Los padres recibieron una copia de este formulario