Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Confirmação de
Programação do Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP)

Confirmation of
Individualized Family Service Plan (IFSP) Schedule

OBJETIVO: avisar por escrito sobre reunião inicial do IFSP, cada revisão do IFSP e reunião anual do IFSP aos pais e outros membros da equipe do IFSP para facilitar sua participação.

NOME DA CRIANÇA	DATA DE NASCIMENTO	COORDENADOR(A) DE RECURSOS DA FAMÍLIA
NOME DO(S) PAI(S)		DATA

Prezado(a): _____
Gostaria de confirmar a data da reunião/revisão da equipe IFSP discutida anteriormente sobre seu/sua filho(a). A reunião/revisão da equipe IFSP foi agendada de acordo com a conveniência da sua família e pode ser remarcada, se necessário. A reunião/revisão do IFSP foi agendada para:

_____ _____ _____
Data *Hora* *Local*

ESTA REUNIÃO SERÁ REALIZADA

- ❑ para desenvolver o Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP) inicial
- ❑ para desenvolver o Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP) anual
- ❑ para revisar ou analisar o Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP)
- ❑ Conferência de Planejamento de Transição

Como descrevemos, o objetivo da reunião/revisão da equipe IFSP é discutir informações relacionadas ao desenvolvimento de seu/sua filho(a) e desenvolver um plano familiar que inclua resultados, estratégias, serviços e apoios determinados apropriados para seu/sua filho(a) e sua família pela equipe. Um IFSP inicial deve ser concluído dentro de 45 dias corridos a partir do momento em que seu/sua filho(a) foi encaminhado(a) ao ESIT, a menos que você prorrogue este prazo para atender a necessidades da sua família. Posteriormente, o IFSP deve ser revisado a cada seis meses e uma reunião/revisão anual deve ser realizada para avaliar o IFSP e revisá-lo conforme necessário.

As pessoas que foram convidadas e prestarão as informações para desenvolver o IFSP estão listadas abaixo. Elas não necessariamente estarão presentes na reunião/revisão, mas prestarão informações escritas ou orais. Todas essas informações serão compartilhadas com você na reunião/revisão. Você pode convidar quem quiser para participar da reunião/revisão.

NOMES (PESSOA FÍSICA E/OU AGÊNCIA PRESTADORA)	DISCIPLINA

Ligue para mim/nós se tiver alguma dúvida sobre as informações ou horários acima.

Atenciosamente,

_____ _____ _____
Nome(s)/Cargo(s) *Número de telefone* *Endereço de e-mail*

Cc: Membros da Equipe IFSP (listados acima)

Observação: os pais receberam uma cópia deste formulário por: ❑ *Correio* ❑ *Entrega em mãos*