



Infant & Toddler Connection of Virginia
(Conexión de Virginia para Bebés)

PARA: Familia

Dirección

Ciudad, Estado, ZIP

REF: Nombre del Niño(a)

Número de Documento (ID)

Declinación de los Servicios de Intervención Temprana ITCV-PS-6(R) 7/10(1)

Declinación de Uno o Más Servicios de Intervención Temprana Recomendados por el Equipo IFSP

Comprendo que nuestro hijo(a) es elegible para recibir todos los servicios enumerados en el Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP - *Individualized Family Service Plan*) que fue desarrollado _____ (fecha). Sin embargo, no deseamos que nuestro hijo(a) o familia reciba el(los) siguiente(s) servicio(s):

Estamos plenamente conscientes de la naturaleza del(de los) servicio(s) que se nos ofrece(n) para nuestro hijo(a) y sabemos que debemos dar nuestro consentimiento escrito para poder recibir el(los) servicio(s) que se enumeran arriba. En este momento, hemos elegido no recibir el(los) servicio(s) mencionado(s) anteriormente a través de Infant & Toddler Connection of Virginia. Comprendemos que podemos cambiar de opinión y, de ser así, nos comunicaremos con nuestro coordinador de servicios al número telefónico que nos ha sido proporcionado en este formulario. Asimismo comprendemos que rechazar este(estos) servicio(s) no perjudica ningún otro servicio de intervención temprana que nuestro hijo(a) o familia reciban a través del sistema Infant & Toddler Connection of Virginia.

Firma del Padre/Madre

Fecha

Firma del Coordinador de Servicios

Fecha

Declinando la Participación en Infant & Toddler Connection of Virginia

___Comprendemos que se puede realizar una determinación de elegibilidad para definir si nuestro hijo(a) puede recibir los servicios de Infant & Toddler Connection of Virginia. Nosotros hemos elegido que, en este momento, nuestro hijo(a) o familia reciban una determinación de elegibilidad.

___y/o___

___Comprendemos que se puede desarrollar un Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) para nuestro hijo(a) y familia si nuestro hijo(a) fuere elegible para la Parte C. Nosotros hemos elegido que, en este momento, no se desarrolle un IFSP para nuestro hijo(a) o familia a través del Infant & Toddler Connection of Virginia System.

___y/o___

___Nuestro hijo(a) es elegible para participar en Infant & Toddler Connection of Virginia y tiene derecho a recibir los servicios de intervención temprana descritos en un Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP). Estamos plenamente conscientes de la naturaleza de los servicios que se nos ofrecen y sabemos que nuestro hijo(a) no podrá recibir los servicios sin que demos por escrito nuestro consentimiento. Nosotros hemos elegido que, en este momento, nuestro hijo(a) o familia no reciban servicios.

Comprendemos que podemos cambiar de opinión y, de ser así, nos comunicaremos con nuestro coordinador de servicios al número telefónico que nos ha sido proporcionado en este formulario.

Firma del Padre/Madre

Fecha

Firma del Coordinador de Servicios

Fecha

Si tiene alguna inquietud en la próxima llamada _____
(número de teléfono)

Adjuntos: *Notificación acerca de los Derechos y las Medidas de Seguridad para Niños y Familias Conexión de Virginia para Bebés y Niños de Primera Edad Sistema de Intervención Temprana Parte C*

Atención: *Los padres deben recibir una copia de este formulario.*

DMH 888E 1050 R7/10