



Infant & Toddler Connection of Virginia

PARA: Familia

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

Ref.: Nombre del niño

Número de identificación

Rechazo de los servicios de intervención temprana ITCV-PS-6(R) 6/12

Rechazo de uno o más servicios de intervención temprana recomendados por el equipo del IFSP

Entiendo que mi hijo reúne los requisitos para recibir todos los servicios que figuran el Plan personalizado de servicios familiares (IFSP) creado el _____ (fecha). No obstante, yo no quiero que mi hijo/a ni mi familia reciban el/los siguiente(s) servicio(s):

Tengo pleno conocimiento de la naturaleza del/los servicio(s) que se ofrecen a mi hijo/a y sé que debo otorgar mi consentimiento por escrito para recibir este/estos servicio(s). En esta ocasión he decidido no recibir el/los servicio(s) de Infant & Toddler Connection of Virginia que figuran arriba. Comprendo que si cambiara de idea podría llamar por teléfono a mi coordinador de servicios al número que se indica en este formulario. También comprendo que si rechazo el/los servicio(s) no estaré poniendo en riesgo ningún otro servicio de intervención temprana para mi hijo/a o mi familia a través del sistema Infant & Toddler Connection of Virginia.

Firma del padre y/o madre

Fecha

Firma del Coordinador de Servicios

Fecha

Rechazo de participación en Infant & Toddler Connection of Virginia

___Comprendo que se puede realizar una evaluación sobre la elegibilidad de mi hijo/a para determinar si reúne los requisitos para recibir los servicios de Infant & Toddler Connection of Virginia. Yo no quiero que ni mi hijo/a ni mi familia se sometan a una evaluación de elegibilidad en esta ocasión.

-y/o-

___comprendo que se puede crear un Plan personalizado de servicios familiares (IFSP) para mi hijo o mi familia si mi hijo/a reúne los requisitos de la Parte C. Yo no no quiero que se cree un IFSP para mi hijo/a o mi familia a través del sistema Infant & Toddler Connection of Virginia en esta ocasión.

-y/o-

___Mi hijo/a reúne los requisitos de Infant & Toddler Connection of Virginia y tiene derecho a obtener los servicios de intervención temprana descritos en el Plan personalizado de servicios familiares (IFSP). Estoy cabalmente informado de la naturaleza de los servicios que se ofrecen y de que mi hijo no los recibirá a menos que yo otorgue mi consentimiento. Yo no quiero que ni mi hijo/a ni mi familia reciban los servicios en esta ocasión.

Comprendo que si cambiara de idea podría llamar por teléfono a mi coordinador de servicios al número que figura en este formulario.

Firma del/los padre(s)

Fecha

Firma del Coordinador de Servicios

Fecha

Si desea formular alguna pregunta llame al _____
(número de teléfono).

Adjuntos: *Aviso sobre derechos y salvaguardas infantiles y familiares, incluso datos sobre participación familiar en los costos*

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

DMH 888E 1050 R6/12