



PARA: Familia

Dirección

Ciudad, Estado, ZIP

REF: Nombre del niño (a)

Notificación y Consentimiento para Evaluación para Planificación de Servicios ITCV-PS-1(R) 8/10

Justificación de la Notificación

Es requerido que Infant & Toddler Connection of Virginia les presente a ustedes notificación escrita dentro de un plazo razonable (5 días calendario) antes de llevar a cabo actividades de evaluación para planificación de servicios. Para que se lleven a cabo estas actividades, se requiere que ustedes sean notificados y autoricen por escrito, en la parte de debajo de este documento para otorgar su consentimiento, con pleno conocimiento de lo que están autorizando. El propósito de la evaluación es poder determinar cuales son las fortalezas y necesidades de desarrollo de su hijo(a) e identificar las necesidades de su familia para ayudar a su hijo(a). Ésta es su declaración sobre dicha notificación.

“Consentimiento” (autorización) significa que (1) ustedes han recibido información completa acerca de las) actividades para las cuales se solicita el consentimiento y que estas les han sido dadas en su lengua materna (salvo que esto no sea posible) u otro modo de comunicación; (2) ustedes comprenden y aceptan con su firma, que se lleven a cabo las actividades para las cuales se solicita su consentimiento; (3) el consentimiento describe las actividades); y (4) el consentimiento es voluntario y puede ser revocado, por escrito, en cualquier momento”.

Descripción

La evaluación para planificación de servicios incluye varios pasos en el proceso de intervención temprana. Las actividades requeridas se realizarán mediante una combinación de uno o más contactos telefónicos y/o una o más visitas a su familia. La cantidad de visitas y llamadas telefónicas necesarias para lograr estas actividades se individualizarán para atender la necesidad de su familia de obtener información, tiempo para considerar opciones y otras preferencias de programación de la familia. Un equipo multidisciplinario revisa la información médica y de desarrollo existente y realiza una observación y evaluación de su hijo(a) elegible para ayudar al equipo de IFSP a identificar los apoyos y servicios de intervención temprana necesarios para atender las necesidades exclusivas de su hijo(a) en todas las áreas de desarrollo. Este paso en el proceso de intervención temprana también incluye la identificación de los recursos, prioridades e inquietudes de su familia a través de una evaluación familiar voluntaria mediante un método que le sea cómodo.

Acción Propuesta

Un equipo multidisciplinario, formado por al menos dos profesionales calificados de disciplinas diferentes llevará a cabo una evaluación. Se recomienda que ustedes participen como miembros de este equipo. Ustedes conocen a su hijo(a) mejor que nadie y pueden aportar información importante sobre él(ella). La evaluación es una visión general sobre cómo se desempeña su hijo(a) en las áreas de desarrollo del conocimiento (cognitivo), motricidad gruesa, motricidad fina, comunicación, desarrollo social y emocional, adaptación, su visión y audición. Si no se ha realizado previamente, se efectuará un examen de diagnóstico de la visión y la audición como parte de la evaluación. La evaluación incluirá, con su permiso, un análisis de las rutinas y actividades cotidianas de su familia y cómo piensa que su hijo(a) se desempeña durante dichas actividades. Estos resultados se registran en el expediente de intervención temprana de su hijo(a) y sólo se divulgarán con su consentimiento por escrito.

Plazos

La determinación de la elegibilidad para servicios de intervención temprana, la evaluación por el equipo multidisciplinario y el desarrollo de un Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP -*Individualized Family Service Plan*) deben ser finalizados dentro de un plazo de 45 días calendario a partir de la fecha en que su hijo(a) fue referido(a) a Infant & Toddler Connection of Virginia a menos que su familia necesite tiempo adicional, en cuyo caso, debe informarlo a su Coordinador de Servicios.

Fecha en que su hijo(a) fue derivado(a) Infant & Toddler Connection of Virginia _____

Reconocimiento de haber Recibido la Notificación y Declaración de Consentimiento

- Hemos recibido una copia y una explicación de los derechos de la familia de acuerdo con la Parte C de IDEA (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) y declaramos que los comprendemos.
- Hemos recibido una copia y explicación de la “*Información sobre las tarifas familiares*” y declaramos que la comprendemos.

Iniciales del Padre/Madre

Damos ____/No damos ____ nuestro consentimiento para que Infant & Toddler Connection of Virginia lleve a cabo la evaluación familiar. La denegación de participar en la evaluación familiar no pondrá en riesgo nuestra capacidad para recibir los apoyos y servicios para los que mi hijo(a) reúne los requisitos.

Firma del Padre/Madre

Fecha

Recibido por:

Nombre/Cargo

Fecha

Opcional: Comprendemos lo expuesto anteriormente y aceptamos que estas actividades pueden ser llevadas a cabo antes del plazo de 5 días calendario de la notificación previa.

Iniciales del Padre/Madre

Fecha

Nota: los padres deben recibir una copia de este formulario.