



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Apoyos Tempranos para Bebés y Niños
Formulario de revisión de IFSP por COVID-19
Early Supports for Infants and Toddlers COVID-19 IFSP
Review Form
(Hasta para tres visitas en ambientes no naturales)

- Este formulario de revisión del Plan Individual de Servicios Familiares (IFSP, por sus siglas en inglés) es una medida a corto plazo para acelerar el proceso de revisión del IFSP. Los coordinadores de recursos para la familia (FRC, por sus siglas en inglés) pueden decidir seguir el proceso usual para realizar la revisión del IFSP que aparece en el sistema de gestión de datos (DMS, por sus siglas en inglés).
- Si se hacen más de tres visitas en ambientes no naturales, será obligatorio realizar la revisión completa del IFSP que está en el DMS.
- Deben entregarse a la familia el aviso previo por escrito y los derechos y garantías de procedimiento para los padres antes de contestar este formulario resumido de revisión del IFSP.
- Este formulario debe ser contestado por el equipo del IFSP, firmado por el padre, la madre o el cuidador, y cargado al expediente del niño en el sistema de gestión de datos (DMS) de ESIT antes de la primera visita en un ambiente no natural.
- Este formulario vence en el momento de la siguiente revisión del IFSP o cuando la EIPA inicia la etapa tres de reingreso a servicios completos de ESIT.

Fecha en que se entregaron a la familia el aviso previo por escrito Y los derechos y garantías de procedimiento para padres:

Nombre de la agencia:

Nombre del FRC:

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento del niño:

Fecha del IFSP vigente:

Fecha de la siguiente revisión del IFSP:

1. Identifique los resultados del IFSP que requerirían visitas en un ambiente no natural.
2. Detalle por qué los resultados del IFSP antes mencionados requieren visitas en un ambiente no natural.
3. Indique todas las opciones que el equipo ha explorado para prestar servicios en ambientes naturales:
 Virtual Teléfono Mensajes de texto Correo electrónico Correo Al aire libre Otra:
4. ¿En dónde se llevarán a cabo las visitas?
5. Proporcione un plan para regresar a los servicios en curso en ambientes naturales:

Página de firmas del IFSP

Consentimiento:

Participé en el desarrollo de este IFSP y otorgo mi consentimiento informado para que el programa de Apoyos Tempranos para Bebés y Niños de Washington y los proveedores de servicios desempeñen las actividades descritas en este IFSP. Mi consentimiento indica que se me ha informado plenamente toda la información referente a las actividades para las que se solicita el consentimiento, en mi lengua materna o por otro medio de comunicación; que entiendo y acepto por escrito que se desempeñen las actividades para las que se solicita el consentimiento; que el consentimiento describe las actividades y describe los registros (de haberlos) que se divulgarán y a quiénes; y que otorgo mi consentimiento de manera voluntaria y puedo revocarlo por escrito en cualquier momento. Dicha revocación no es retroactiva (no se aplica a los actos que hayan ocurrido antes de la revocación del consentimiento).

Entiendo que puedo aceptar o rechazar cualquier servicio de intervención temprana (excepto por las funciones de procedimiento ordenadas por los reglamentos de Coordinación de Recursos para las Familias) y que puedo rechazar cualquier servicio después de haberlo aceptado inicialmente, sin poner en riesgo ningún otro servicio de intervención que mi hijo o mi familia reciban del programa de Apoyos Tempranos para Bebés y Niños de Washington. (NOTA: Llene el formulario de rechazo de uno o más servicios de intervención temprana o el formulario de rechazo de participación en el programa ESIT, si corresponde).

Entiendo que mi IFSP será proporcionado a los proveedores de intervención temprana y a los administradores del programa responsables de implementar este IFSP.

He recibido una copia de la Parte C, Garantías de Procedimiento [Derechos de los padres] de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) del programa de Apoyos Tempranos para Bebés y Niños de Washington, junto con este IFSP. Esta información incluye los procedimientos y plazos de quejas que puedo usar si en el futuro decido que no estoy de acuerdo con alguna decisión. Se me han explicado estos derechos y los comprendo.

He recibido una copia del Sistema de pagos y de la Política de tarifas del programa de Apoyos Tempranos para Bebés y Niños de Washington, junto con este IFSP. La política identifica las garantías de proceso y las opciones de resolución de conflictos que puedo utilizar si en el futuro decido que no estoy de acuerdo con alguna decisión relacionada con la facturación de un seguro público o privado, la imposición de tarifas o la determinación de la capacidad o incapacidad de pago. Se me han explicado estos derechos y los comprendo.

Firma de (marque una): Padre/madre Tutor legal Padre/madre sustituto/a

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha

Miembros del equipo del IFSP que participaron en esta reunión de revisión del IFSP:

Nombre en letra de molde/ acreditaciones:	Firma:	Función/Agencia:	Fecha:	Participó por: Marque una
				<input type="checkbox"/> Teleconferencia <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Por escrito
				<input type="checkbox"/> Teleconferencia <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Por escrito
				<input type="checkbox"/> Teleconferencia <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Por escrito
				<input type="checkbox"/> Teleconferencia <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Por escrito
				<input type="checkbox"/> Teleconferencia <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Por escrito

ARCHIVED