Confirmación de programación del Plan de servicio familiar individualizado (IFSP)

OBJETIVO: Proporcionar un aviso escrito de reunión para la reunión inicial del IFSP, para cada reunión de revisión del IFSP y cada reunión anual del ISFP a los padres y a los otros miembros del equipo del IFSP para facilitar su participación.

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	COORDINADOR DE RECURSOS DE LA FAMILIA
NOMBRE DEL PADRE/MADRE		FECHA

Estimado(a)
Me gustaría confirmar la programación de reuniones/revisiones del equipo del IFSP que se acordaron previamente para su niño. La reunión/revisión del equipo del IFSP ha sido
programada para conveniencia de su familia, y puede cambiarse si es necesario. La reunión/revisión del equipo del IFSP ha sido programada para:

Fecha	Hora	*Lugar*

EL TIPO DE ESTA REUNIÓN SERÁ

- ☐ reunión para desarrollar el Plan inicial de servicio familiar individualizado (IFSP)
- ☐ reunión para desarrollar el Plan anual de servicio familiar individualizado (IFSP)
- ☐ reunión para revisar o modificar el Plan de servicio familiar individualizado (IFSP)
- ☐ Conferencia de planificación de transición

Como hemos descrito, el objetivo de la reunión/revisión del equipo del IFSP es hablar sobre la información relacionada con el desarrollo de su niño y desarrollar un plan familiar que incluya resultados, estrategias, servicios y apoyos que el equipo determine que son apropiados para su niño y su familia. El IFSP inicial debe completarse dentro de un plazo de 45 días calendario contados desde que su niño fue referido a ESIT, a menos que usted extienda este plazo para satisfacer las necesidades de su familia. En lo sucesivo, el IFSP debe ser revisado cada seis meses, y debe celebrarse una reunión/revisión anual para evaluar el IFSP y modificarlo si es necesario.

Las personas que han sido invitadas y que proporcionarán la información para desarrollar el IFSP se mencionan a continuación. Es posible que no asistan a la reunión/revisión, pero aportarán información escrita u oral. Toda está información se le proporcionará en la reunión/revisión. Usted puede invitar a quien desee a que participe en la reunión/revisión.

NOMBRES (PERSONA Y/O AGENCIA PROVEEDORA)	DISCIPLINA

Llámenos si tiene alguna pregunta sobre la información antes mencionada. Atentamente,

Nombre(s)/Puesto(s)	*Número de teléfono*	*Dirección de correo electrónico*

Cc: Miembros del equipo del IFSP (mencionados arriba)

Nota: Los padres recibieron una copia de este formulario ☐ Por correo ☐ En persona