**Plan Individualizado de Servicios a Familias (IFSP)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del menor | | |  | Sexo |  | Fecha de nacimiento | |  | N.º de identificación del estudiante: | | |  |  | Fecha del IFSP |  |
| Padre(s)/Tutor | |  | | | | Teléfono particular |  | | | | Teléfono del trabajo |  |  | Fecha de elegibilidad |  |
| Dirección |  | | | | |  | | | |  | | |  | Fecha(s) de revisión |  |
| Coordinador de servicios |  | | | | | Distrito Escolar del Residente | | | |  | | |  | Fecha de revisión anual |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Servicios de EI/ECSE | Método | ¿Con qué frecuencia? | Lugar | ¿Quién hará esto? | ¿Quién pagará? | Fecha de inicio | Fecha de cese |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros servicios (no EI/ECSE) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Están los servicios EI en el entorno natural del menor?  En caso negativo, explique por qué los servicios EI no se pudieron lograr en el entorno natural: | |
| Ingrese las horas **por semana** que el menor asiste a un programa para la primera infancia (guardería de grupo, Head Start, preescolar  comunitario, etc.;  **vea definiciones en las instrucciones del IFSP):**  Ingrese las horas **por semana** en que se **proporcionarán** servicios ECSE con compañeros típicos en un programa de la primera infancia:  Ingrese las horas **por semana** en que **no se** **proporcionarán** servicios ECSE con compañeros típicos en un programa de la primera infancia:  Si **no** se proporcionarán servicios ECSE con compañeros típicos en un programa de la primera infancia, explique la razón o razones para no proporcionar servicios con compañeros típicos: | |
| Se informará a los padres sobre el progreso del niño hacia los objetivos anuales. Esquema de revisión:  🞎 Revisión a los seis meses 🞎 Revisión anual (Para EI, marque las casillas de revisión a los seis meses **y** revisión anual)  🞎 Otro esquema de revisiones:  ¿Cómo se informará el progreso a los padres? | |

**Los padres o cualquier miembro del IFSP pueden solicitar una reunión del IFSP en cualquier momento, independientemente de cuándo tuvo lugar el IFSP más reciente.**

Nombre del menor: Fecha de nacimiento: Fecha:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Servicios de EI/ECSE | Método | ¿Con qué frecuencia? | Lugar | ¿Quién hará esto? | ¿Quién pagará? | Fecha de inicio | Fecha de cese |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros servicios (no EI/ECSE) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Los padres o cualquier miembro del IFSP pueden solicitar una reunión del IFSP en cualquier momento, independientemente de cuándo tuvo lugar el IFSP más reciente.**