|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte* | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| *Invitación para una Reunión* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre el Niño: | |  | | | | | | |  |  | | Se requiere que el Programa de Infantes-Niños de NC (NC ITP) haga reuniones con la familia y otros participantes para proporcionar **aviso por escrito** con suficiente tiempo antes de la fecha de reunión para el Plan Familiar Individualizado de Servicios(IFSP) y para que la familia y los proveedores puedan participar. | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | | | | |  | | | |  |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | |  | | | | | | |
| Estimado/a      ,  Me gustaría confirmar la reunión del equipo del plan IFSP o fecha de la junta de planificación de transición que se discutió previamente para su hijo. La reunión se ha programado para la conveniencia de su familia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | |  |  | | | | | | | | | | | |
| *Fecha* | | |  | *Hora* | |  | *Lugar/Dirección* | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE REUNION:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Reunión para la elaboración del Plan Familiar Individualizado de Serviciosinicial | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Reunión para revisar el Plan Familiar Individualizado de Servicios | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Reunión anual para evaluar el Plan Familiar Individualizado de Servicios | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Una reunión para añadir (o revisar) el plan de transición para el Plan Familiar Individualizado de Serviciosde su hijo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Conferencia de Planificación de Transición (fecha de elegibilidad para de programa NC ITP): | | | | | | | | | | | | |  | Idioma principal: | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Plan Familiar Individualizado*** ***de Servicios (IFSP)***  El IFSP es un plan familiar escrito para la prestación de servicios de intervención temprana para usted y su hijo. En él se describe la forma en que usted y su equipo de intervención temprana trabajarán juntos para hacer frente a las necesidades identificadas para su hijo y familia. Los padres son una parte vital del equipo del plan IFSP y en el proceso para tomar decisiones. Una reunión inicial del plan IFSP debe ser cumplida dentro de los 45 días desde el momento en que su hijo fue referido al programa NC ITP, a menos que se extienda este periodo de tiempo para satisfacer las necesidades de su familia. El plan IFSP debe ser revisado por lo menos cada seis meses, y una reunión anual debe considerarse para evaluar el plan IFSP y revisarlo, según sea necesario. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Planificación de la Transición***  Cuando su hijo tiene entre las edades de dos años, tres meses y dos años, nueve meses, se programarán reuniones para discutir y planificar el proceso de transición. Con su aprobación, el coordinador de servicios convocará una reunión con usted y representantes del sistema escolar local. Otras agencias de la comunidad también podrán ser invitadas, con su consentimiento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Usted ha dado su consentimiento para que las siguientes personas sean invitadas, o sean informadas acerca de la reunión y recibirán una copia de este aviso. Los miembros del equipo del plan IFSP proporcionarán información para el desarrollo o revisión del plan IFSP. Puede que no estén realmente presentes en la reunión, pero pueden proporcionar información escrita o verbal. Toda esta información será compartida con usted en la reunión. Usted puede invitar a cualquier persona que desee a participar en la reunión. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre** | | | | | | | | **Agencia** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Por favor llámeme si tiene alguna pregunta sobre la información anterior.  Atentamente, | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| *Coordinador de Servicios de Intervención Temprana* | | | | | | | | | |  | | *Número de teléfono* | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | Los padres recibieron una copia de este aviso:  Parents received a copy of this notice: | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | Hand Delivered / Entregado en persona | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | Mailed / Enviado por correo | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | Electronically Sent: email/DocuSign/etc./ Enviado electrónicamente: correo electrónico/DocuSign/etc. | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | Date: / Fecha | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |  |