

Acuerdo de los Derechos del padre/madre

Acontecimiento/Razón por el Acuerdo: _____

Nombre del Niño _____ Fecha: _____

- | Si | N/A | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se me/nos ha informado que la información recopilada es confidencial (Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibí/recibimos información explicando la Intervención Temprana, nuestros derechos y procedimiento de salvaguarda. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comprendo/comprendemos que los padres tienen el derecho de aceptar o rechazar cualquier o todos los servicios y actividades propuestos. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He/hemos sido informados del proceso de selección y el derecho para requerir una evaluación multidisciplinaria (MDE, por sus siglas en inglés) en cualquier momento durante el proceso de selección. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otorgo/otorgamos el permiso para una evaluación de mi/nuestro hijo (si no está disponible una evaluación actual) para determinar la necesidad y enfoque de una MDE. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otorgo/otorgamos el permiso para una MDE para mi/nuestro hijo (si no está disponible una evaluación actual) para determinar si puede recibir una intervención temprana. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He/hemos sido informado(s) que se realizará una reunión del Plan de Servicio de Familia Individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés) dentro de 45 días de la fecha de la remisión del infante/niño pequeño al programa de intervención temprana, si se determina que mi hijo cumple los requisitos durante la MDE. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yo/nosotros participé/participamos en las reuniones MDE y IFSP para platicar, planear e implementar los servicios de intervención temprana o servicios de control. |

Requiero/requerimos:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Todas las actividades y servicios enlistados en el IFSP. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otra reunión para continuar a platicar los asuntos presentados hoy. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Todas las actividades de control. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Que todas las actividades recomendadas y servicios sean pospuestos. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Solo los siguientes servicios o actividades IFSP a iniciar: |

Los resultados de la evaluación indican:

- Su hijo está logrando las metas de desarrollo apropiadas por la siguiente razón:
 Su hijo no está logrando las metas de desarrollo apropiadas por las siguientes razones:

Autorizo/autorizamos a los siguientes miembros del equipo/agencias para que se le proporcionen copias del Reporte

de Evaluación (ER)/IFSP Nombre/Agencia	Dirección	¿Por completo o solo ciertas secciones?

Estoy/estamos insatisfechos con los servicios y actividades propuestas y pido/pedimos:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Una platica con el administrador del condado responsable por el programa de Intervención Temprana. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Una sesión de mediación conducida por el Oficial de Resolución de Disputa. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Una audiencia de proceso debido conducida por el Oficial de Resolución de Disputa. |

Firma(s) del (los) Padre(s): _____

Fecha: _____