

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Oficina del Desarrollo del Niño y Aprendizaje Temprano



## El Plan de Servicio Individualizado para Familias (IFSP) Programa de Educación Individualizado (IEP)

El IFSP y el IEP son planes que identifican servicios y apoyos para que los miembros de la familia y los programas de educación temprana participen activamente en promover el aprendizaje y el desarrollo del niño.

- El equipo del IFSP/IEP determina las destrezas/habilidades y los apoyos de servicios apropiados en el ambiente natural o ambiente lo menos restrictivo para lograr las metas y resultados establecidos.
- Estas decisiones no son tomadas combinando las áreas de retraso del niño con una disciplina de Intervención Temprana. En vez, las ayudas y las estrategias son individualizadas y emplean las fuerzas y las habilidades que el niño demuestra en todas las áreas de su desarrollo.

Los planes del IFSP y el IEP consideran: las fuerzas del niño; preocupaciones del padre/encargado; los resultados de la evaluación mas recientes; académicas, las necesidades de desarrollo y funcionales del niño; las necesidades de comunicación del niño; e incorporará revisiones al plan para dirigir la falta de progreso.

Fecha de reunión(s) hechas						
Propósito de la Reunión (s) (Ej.: IFSP/IEP Inicial, Anual, Revisiones)						

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

## I. Datos Demográficos y Miembros del equipo del IFSP/IEP

Información de Niño	Información de Familia
Nombre del Niño: _____ Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nombre: _____ Relación: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____	Dirección: _____
# de Recipiente de MA: _____	Cuidad/Estado/Código Postal: _____
¿Los padres han aprobado la factura a Asistencia Medica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Teléfono (hogar): _____ Teléfono (celular): _____
Seguro Privado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Teléfono (trabajo): _____ Email: _____
Fecha de Referido: _____	Nombre: _____ Relación: _____
Fuente de Referido: _____	Dirección: _____
Dirección del Niño: _____	Cuidad/Estado/Código Postal: _____
Cuidad/Estado/Código Postal: _____	Teléfono (hogar): _____ Teléfono (celular): _____
Teléfono #: _____	Teléfono (trabajo): _____ Email: _____
Lenguaje Primario: _____	Lenguaje Primario: _____
	Necesita Interprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Distrito Escolar de Residencia: _____	Distrito Escolar de Residencia: _____
Condado de Residencia: _____	Condado de Residencia: _____

Otro: \_\_\_\_\_

### Miembro del equipo IFSP/IEP:

Miembros incluirán : padres y otros solicitados por los padres (si es factible); el Designé del Condado/el Coordinador de Servicio (niño) o el representante de la agencia local de la educación (preescolar) tienen que estar presentes para la reunión; una persona implicada directamente con los resultados de la evaluación y que pueden interpretar implicaciones educacionales; una persona que proporcionará servicios, según corresponda (niño); un profesor de educación regular y educación especial (preescolar).

Rol	Imprimir Nombre	Firma de Asistencia
Padre/Encargado		
Padre/Encargado		

**Los siguientes individuales proveyeron información al equipo del IFSP/IEP pero no asistieron o fueron excusados de la reunión.**

Rol	Imprimir Nombre

**El Padre(s) recibió una copia del Aviso de Salvaguardias Procesales/Acuerdo de los Derechos del Padre  Si  No**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

## II. Información del Niño y la Familia

### Resumen del Funcionamiento Actual del Niño

Provea un resumen del Reporte de Evaluación, si actual, o actualice con información actual. Este resumen describe las fuerzas del niño (incluyendo fuerzas que existen en las áreas de la preocupación) y las necesidades del niño. Incluir el desarrollo, los logros académico (preescolar), y rendimiento funcional. Describa cómo el retraso de desarrollo o el impedimento del niño afectan la participación del niño en rutinas diarias y actividades apropiadas. Describa las estrategias educacionales que han sido apropiadas y cómo pueden ser incorporadas en el programa educativo y el plan de estudios del niño que lo apoyarán. Describa las actividades y materiales preferidas del niño, y los factores que motivan al niño para participar y para aprender.

### Resumen de Información de la Familia

Provea un resumen del Reporte de la Evaluación, si es actual, o actualice con información actual.

**Con el consentimiento del padre, listar la asistencia a la familia en ayudarlos a tener acceso a servicios en la comunidad, médica u otros servicios no fundados por Intervención Temprana. Si el padre no quiere discutir este tema, documéntalo en el archivo del niño.**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

### III. Consideraciones Especiales

Los siguiente son los factores especiales que el equipo del IFSP/ IEP tiene que considerar antes de desarrollar el IFSP/ IEP. Cada pregunta tiene que ser contestada. Si la respuesta es SI, el IFSP/IEP tiene que dirigir las necesidades del niño relacionadas al factor especial identificado.

<b>1. ¿Es el niño ciego o tiene deficiencias visuales?</b>	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI – Como sea apropiado al desarrollo del infante o niño, el equipo del IFSP/IEP debe evaluar las necesidades de alfabetización temprana del niño, incluyendo la lectura y escritura. El IFSP/IEP tiene que considerar las necesidades actuales y el futuro del niño relacionados al uso de Braille si el equipo decide que esto es apropiado para el niño.
<b>2. ¿Es el niño ciego o tiene dificultad de audición?</b>	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI – El equipo tiene que considerar el lenguaje o necesidades de comunicación del infante o niño, oportunidades para comunicación directo con sus compañeros y profesionales en el lenguaje y modo de comunicación del niño, nivel académico, y rango completo de las necesidades incluyendo oportunidades para instrucción directa en el lenguaje y modo de comunicación del niño en el desarrollo del IFSP/IEP.
<b>3. ¿Expone el niño comportamientos que le impide al aprendizaje del niño o el de otros?</b>	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI – El equipo tiene que basar el uso de intervenciones y apoyos positivos del comportamiento, y otras estrategias para dirigir los comportamientos en u evaluación de comportamiento funcional.
<b>4. ¿Tiene el niño el dominio de inglés limitado (Ej., el lenguaje en el hogar del niño no es Inglés)?</b>	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI – El equipo tiene que considerar las necesidades de lenguaje de la familia y del niño como esas necesidades se relacionan al desarrolló y implementación del IFSP/IEP.
<b>5. ¿Tiene el niño necesidades de comunicación?</b>	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI – El equipo tiene que considerar las necesidades de comunicación del niño en el desarrolló del IFSP/IEP.
<b>6. ¿Necesita el niño aparatos y/o servicios de asistencia técnica?</b>	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI – El equipo tiene que considerar las necesidades para asistencia técnica del infante o niño en el desarrolló del IFSP/IEP.
<b>7. ¿Es anticipado que el infante/niño va a transicional del programa de Intervención Temprana por una transición en la vida de la familia o del niño?</b>	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI – El IFSP/IEP debe dirigir la transición del niño para programas en la comunidad en el futuro y las necesidades de la familia relacionadas a la transición
<b>8. ¿Es esto un IFSP para un niño que esta cerca de su segundo cumpleaños?</b>	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI – El IFSP tiene que incluir un plan de transición que incluye las necesidades del niño y de la familia relacionada a la transición y al programa de Parte B si elegible o a otros programas en la comunidad.
<b>9. ¿Es este un niño que esta dentro de 1 año de transición a un programa para niños en la edad pre-escolar?</b>	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI – El IEP tiene que incluir un plan de transición que se dirige al proceso de transición.

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

### IV. Resultados/Metas # \_\_\_\_\_

Actividad/Comportamiento/Destreza de la vida diaria, identificados por la familia y el equipo del IFSP/IEP, cuales ellos quieren ver suceder. Incluye información de las actividades/rutinas de la familia, comunidad, o escenarios de niñez temprana donde las destrezas/comportamientos van a ser incorporados. Debe dirigirse hacia las necesidades del niño identificadas en la evaluación y las prioridades de la familia. Sean funcionales y medibles para proveer una estructura para el seguimiento constante del progreso. Las metas deben ser desarrolladas de acuerdo con las Estandarizas de Aprendizaje Temprano de PA y permitir al niño a participar en y hacer progreso en el currículo general.

**Resultado/Meta:** \_\_\_\_\_ **Fecha resultado/meta desarrollada:** \_\_\_\_\_ **Fecha resultado/meta completadas:** \_\_\_\_\_

**¿Que esta sucediendo ahora? ¿Cual es el nivel actual de rendimiento del niño relacionado a este resultado/meta?**

**¿Cuales estrategias de enseñanza son necesarios para alcanzar los resultados/metast?** Incluye instrucciones específicamente diseñadas, auxiliares suplementarias y apoyos para personal del programa, hogar o modificaciones del programa y entrenamientos y materiales necesarios por la familia o el equipo. También incluya ubicación y como todos los miembros, incluyendo la familia/niñeras/educadores de niñez temprana, trabajaran en esto.

**¿Cómo nosotros como un equipo vamos a medir el progreso y recopilar los datos para este resultado/meta?** Incluya que será medido, como será medido, cuando será medido y por quien. Describa cuando los reportes periódicos en el progreso va hacer proveído al padre.

**Luego de haber revisado el resultado/meta y los datos del seguimiento del progreso, nosotros, como equipo, hemos decidido: (marque uno) Fecha de revisión:** \_\_\_\_\_

- Todavía necesitamos trabajar hacia este resultado/meta. Continuamos con lo que hemos estado haciendo.
- Todavía necesitamos trabajar hacia este resultado/meta. Discutiremos maneras nuevas de lograrlas.
- Nuestra situación ha cambiado; no necesitamos trabajar con este resultado/meta.
- Estamos satisfecho que hemos terminado este resultado/meta.
- Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

## V. Servicios de Intervención Temprana

Servicios de Intervención Temprana	Ubicación (1)	Fecha de Comienzo (2)	Fecha de Entrega Actual	Fecha Anticipada para Terminar el Servicio	Fecha Actual de Terminar el Servicio	Frecuencia hasta un máximo	Duración de la Sesión	Fuente de Financiación (3)	Costo de Unidad (3)	Costo Estimado Total (3)
Persona de Contacto:	Agencia, Dirección, & Numero Telefónico									
Persona de Contacto:	Agencia, Dirección, & Numero Telefónico									
Persona de Contacto:	Agencia, Dirección, & Numero Telefónico									
Persona de Contacto:	Agencia, Dirección, & Numero Telefónico									
Persona de Contacto:	Agencia, Dirección, & Numero Telefónico									
Persona de Contacto:	Agencia, Dirección, & Numero Telefónico									
Persona de Contacto:	Agencia, Dirección, & Numero Telefónico									

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

**Designé del Condado aprobando los servicios de EI (3):** \_\_\_\_\_

(1) Si los servicios/apoyos del IFSP/IEP no están siendo proveídos en el ambiente natural o un ambiente inclusivo, llene las secciones tituladas "Participación con Niños Desarrollándose Típicamente".

(2) Si un servicio de Intervención Temprana es proyectado para comenzar después de los 14 días calendarios que el IFSP/IEP sea completado, una justificación de la fecha deberá ser adjuntada al presente informe.

(3) Solamente completado por programas de infantes/niños

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

## VI. Participación en Programas Regular de la Niñez Temprana

<p><b>¿Esta el niño actualmente asistiendo un programa regular de la niñez temprana?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><small>(Cuido Temprano y programas de educación incluye, pero no se limita a: Cuido de Niño, escuelas preescolares, incluyendo la reversa del corriente educacional principal. Asistencia a un programa de niñez temprana no necesita ser fundado por fondos de Intervención Temprana.)</small></p>	
<p><b>¿Si la respuesta es si, cuantas horas por semana el niño pasa en un programa de niñez temprana regular?</b> _____ horas/semanas</p> <p><small>(Archive el tiempo total en horas que el niño típicamente se pasa en un programa de niñez temprana semanal, aun si los servicios de Intervención Temprana son proveídos en un lugar diferente.)</small></p>	
<b>Para Escuelas Preescolares Solamente</b>	<p>Use la forma titulada "Hoja de Trabajo del Ambiente Educacional", por favor determine el porcentaje de tiempo que este niño es educado en un programa regular de niñez temprana, y marque la caja que le corresponde:</p> <p>El niño asiste a un programa regular de niñez temprana (marque "si" para la primera pregunta arriba):</p> <p><input type="checkbox"/> El porcentaje de tiempo dentro de un programa regular de niñez temprana para este estudiante es 80% o más durante la semana.</p> <p><input type="checkbox"/> El porcentaje de tiempo dentro de un programa regular de niñez temprana para este estudiante es no más de 79% y no menos de 40% semanal.</p> <p><input type="checkbox"/> El porcentaje de tiempo dentro de un programa regular de niñez temprana para este estudiante es menos de 40% semanal.</p> <p>El niño NO asiste un Programa de Niñez Temprana pero SI asiste a un Programa/Aula de Educación Especial (marqué "no" a la primera pregunta arriba)</p> <p><input type="checkbox"/> Aula Separada: El Nino asiste un programa de educación especial con menos de 50% de niños sin impedimentos</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela Separada: El niño recibe programas educacionales en una escuela de día publica o privada diseñada específicamente para niños con impedimentos</p> <p><input type="checkbox"/> Residencial: El niño recibe educación especial y servicios relacionados en una facilidad residencial.</p> <p><input type="checkbox"/> Ubicación de Proveedor de Servicio: El niño recibe todos los servicios de educación especial y servicios relacionados de un proveedor de servicios (clínicas, oficinas, facilidad hospitales, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar: El niño recibe educación especial y servicios relacionados en una residencia principal de la familia del niño o niñera.</p>
<b>La Ubicación De Intervención Preescolar</b>	<p>_____ (Apunte la ubicación como puesto en la Hoja de Referencia de PennData Preescolar)</p>

## VII. Participación con Niños Desarrollándose Típicamente

<p>Para infantes y niños: Explique porque y a que limite el niño elegible no recibe servicios de Intervención Temprana en su ambiente natural.</p> <p>Para niños preescolares: Explique porque y a que limite el niño elegible no participara con sus compañeros desarrollándose típicamente en actividades apropiadas preescolares.</p> <p>Para infantes, niños y niños preescolares: Incluye en cual ambiente el niño recibirá servicios de Intervención Temprana, la razón por la ubicación, y maneras de maximizar oportunidades para que el niño participe con sus compañeros desarrollándose típicamente en sus ambientes naturales/inclusivos.</p>

## VIII. Servicios de Intervención Temprana durante Tiempo de Vacaciones – PROGRAMAS PREESCOLARES SOLAMENTE

<p>Todos los servicios son basados en el calendario de escuela preescolar de intervención temprana. Si el equipo del IEP determina que el niño es elegible para servicios de educación especial preescolar durante tiempo de vacaciones basadas en las necesidades educacionales del niño, especifique los servicios a continuación.</p> <p>El equipo del IEP ha considerado y dialogado los servicios durante tiempo de vacaciones y determino que:</p> <p><input type="checkbox"/> Este niño NO necesita servicios durante tiempo de vacaciones basado en:</p>
--

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Este niño necesita servicios durante tiempo de vacaciones basado en: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

## IX. Revisiones del IFSP/IEP

Fecha de Revisión(es)	Nombre y Rol de Los Miembros del Equipo implicados en la Revisión	La Sección(s) del IFSP/IEP Modificado y Razón por la Revisión

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

## X. Plan de Transición

Un plan de transición debe ser completado para niños como identificado en la sección de Consideraciones Especiales.

<b>El Resultado/Meta de la Transición:</b>			
¿Qué está sucediendo ahora? ¿Qué información y consideraciones para el niño y su familia debe ser compartida con el equipo para poder prepararse mejor para la transición?			
<p style="text-align: center;"><b>Actividades/Servicios Diseñados para Asegurar una Transición Agradable de Intervención Temprana</b></p> <p>El plan debe incluir al que sea lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dialogar con el padre sobre apoyos en el futuro y otros asuntos relacionado a transición;</li> <li>2. Maneras de preparar al niño/joven para los cambios basados en las necesidades de su desarrollo, incluyendo actividades para ayudar a la adaptación y participar en nuevos escenarios;</li> <li>3. Pasos para asegurar una transición agradable, incluyendo compartir información, convenir una reunión con la familia, programa de EI preescolar y/o proveedor en la comunidad, o distrito escolar al que sea 90 días y hasta 9 meses antes de que el niño cumpla 3 años (infante/niño) o para el 28 de Febrero del año corriente del programa para escuela preescolar de EI.</li> </ol>	<b>Persona Responsable</b>	<b>Fecha de ser Completada</b>	<b>Fecha de Completar Actual</b>
Ajunte información medible del progreso, revise con la familia, y complete la Forma del Resumen del Resultado del Niño.			
<b>Fechas para el Plan de Transición</b>	<b>Reunión de Transición hecha en:</b>		
Plan de Transición inicialmente completado en: _____	<b>Participantes a Reuniones de Transición Requerido:</b>		
Plan de Transición actualizado en: _____	(Escriba el nombre del participante y sus iniciales para indicar su asistencia a las reuniones requeridas para la transición.)		
Firmas de los Miembros del Equipo: _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
	Padre/Guardián Rep. del Condado Rep. EI Preescolar Rep. del Distrito Escolar	_____ _____ _____ _____ _____	Rep. de Pgm Com* Proveedor de IFSP/IEP* Otro* Otro* Otro* Otro*
	<i>Para ser completado durante la reunión de transición con cualquier otro documento requerido.</i>		*(como necesario)