



## Aviso previo por escrito de Intervención Temprana de Help Me Grow Ohio

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N.º Early Track: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estimado: (Padre/madre) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

**El objetivo de este documento es notificarle la determinación de elegibilidad de su hijo para el programa Intervención Temprana de Help Me Grow de Ohio.**

Nombre de la persona que inicia o propone la acción: \_\_\_\_\_

Acciones que se proponen:

Los resultados de la evaluación indican que su hijo no es elegible para el Programa Intervención Temprana de Help Me Grow de Ohio en este momento. Se adjunta una copia del Informe de la evaluación y valoración de su hijo.

Los resultados de la valoración reciente indican que su hijo no necesita los servicios del Programa Intervención Temprana de Help Me Grow de Ohio en este momento para brindar apoyo a su desarrollo. Se adjunta una copia del Informe de la evaluación y valoración de su hijo.

Se adjunta una copia del folleto “Derechos de los padres en Ohio Help Me Grow”.

Firma del coordinador de servicios del programa de Intervención Temprana de Help Me Grow Ohio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

**El objetivo de este documento es notificarle los cambios que se proponen para los servicios del programa Intervención Temprana de Help Me Grow de Ohio para su hijo o para su familia, según se mencionan en su Plan personalizado de servicios para la familia.**

Nombre de la persona que inicia o propone la acción: \_\_\_\_\_

Acciones que se proponen: \_\_\_\_\_ Fecha en que se hará el cambio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Iniciar o cambiar un programa de servicios de Intervención Temprana de Help Me Grow Ohio tal como está escrito actualmente en el Plan personalizado de servicios para la familia de su hijo. Se adjunta una copia del folleto “Derechos de los padres en Ohio Help Me Grow”.

Motivos para las acciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de proveedor de servicios: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre en letras de molde: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

N.º HEA 8022 (rev. 7/12)

El uso de este formulario es obligatorio y se debe guardar en el registro del niño.

Se pueden agregar hojas adicionales con el número de referencia de HEA en la esquina superior derecha.