



Programa Intervención Temprana de Help Me Grow Ohio
Notificación por escrito de la reunión del Plan personalizado
de servicios para la familia

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º Early Track: _____ Fecha: _____

Llegó el momento de reunirnos para:

- Desarrollar el Plan personalizado de servicios para la familia (IFSP)
- Completar la evaluación anual del IFSP
- Revisar el IFSP y planificar la transición o el egreso de su hijo del programa Help Me Grow Ohio

Acordamos programar la reunión para:

Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: _____

Usted ha pedido que se invite a las siguientes personas a participar en la reunión del IFSP. Se les envió una copia de esta notificación de la reunión por escrito.

Nombre: _____ Rol/Relación: _____

Nombre: _____ Rol/Relación: _____

Nombre: _____ Rol/Relación: _____

Se ha invitado además a los siguientes proveedores de servicios de intervención temprana a la reunión del IFSP.

Nombre: _____ Rol/agencia: _____

Nombre: _____ Rol/agencia: _____

Nombre: _____ Rol/agencia: _____

Se pide a los proveedores de servicios de Intervención Temprana que proporcionen información relacionada, incluyendo los resultados de valoraciones, al equipo del IFSP a tiempo para esta reunión. Los proveedores de servicios pueden asistir a la reunión del IFSP en persona, estar disponibles por teléfono, o poner la información a disposición a través del correo, fax o correo electrónico para el coordinador de servicios de la familia que se indica a continuación. Por favor avísenme cómo participará usted, llamando, por fax o enviándome un correo electrónico cuando reciba este aviso. Gracias.

Nombre del coordinador de servicios del programa
Intervención Temprana de Help Me Grow Ohio: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

N.º HEA 8039 (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.