|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00989FS (02/2017) | | | | | | **STATE OF WISCONSIN** | |
| **REPORTE DEL EQUIPO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA /**  **DETERMINACIÓN DE ELEGEBILIDAD PARA INTERVENCIÓN TEMPRANA DE WISCONSIN**  **EARLY INTERVENTION TEAM REPORT /**  **WISCONSIN EARLY INTERVENTION ELIGIBILITY DETERMINATION** | | | | | | | |
| Nombre del niño | | | | | | | Fecha del reporte |
|  | | | | | | |  |
| **WPN:** La siguiente decisión ha sido tomada con respecto a la determinación de elegibilidad de su hijo: | | | | | | | |
|  | Este niño cumple con los criterios de elegibilidad para la intervención temprana (Birth to 3 Program). | | | | | | |
|  | Este niño no cumple con los criterios de elegibilidad para la intervención temprana (Birth to 3 Program) basado en (indique la opinión de los padres/cuidadores, nombres de las pruebas estandarizadas, observaciones, revisión de los registros, etc.) y las razones (indique lo que establece la información): | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Otras decisions consideradas | | | | | | | |
|  | No se aplica; otras decisiones no discutidas. | | | | | | |
|  | Este niño cumple con los criterios de elegibilidad para la intervención temprana (Birth to 3 Program). | | | | | | |
|  | Este niño no cumple con los criterios de elegibilidad para la intervención temprana (Birth to 3 Program). | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Esta determinación de elegibilidad se realiza en base a la siguiente información (indique la opinión de los padres/ cuidadores, nombres de las pruebas estandarizadas, observaciones, revisión de los registros, etc.) y las razones (indique lo que establece la información): | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | 1. Un retraso en el desarrollo de 25 por ciento o mayor o-1.3 desviación estándar en la siguiente área(s) y basado en: | | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | 1. Existe una condición física o mental diagnosticada que tiene una alta probabilidad de resultar en un retraso en el desarrollo. | | | | | |
| Diagnóstico: | | | |  | | | |
| Condiciones relacionadas: | | | | |  | | |
| El equipo de intervención temprana revisó los siguientes documentos de identificación del diagnóstico: | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | 1. Desarrollo atípico basado en: | | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| Usted tiene el derecho de estar de acuerdo con o negarse a la determinación de elegibilidad. Junto con este informe de equipo de intervención temprana se encuentra una copia de los derechos de padres e hijos. Esta es una breve reseña de los derechos. Si desea una copia completa de los derechos de padres e hijos, por favor comuníquese con el Coordinador de Servicio. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Si este niño ha cumplido con los criterios de elegibilidad para la intervención temprana, el siguiente paso es desarrollar un Plan de Servicio Individualizado para la Familia (IFSP). | | | | | | | |
|  | Este niño cumple con los criterios de elegibilidad para los servicios de intervención temprana, y la familia ha accedido a participar en el Birth to 3 Program. | | | | | | |
|  | Este niño cumple con los criterios de elegibilidad para los servicios de intervención temprana; Sin embargo, la familia rechaza participar en el Birth to 3 Program en este momento. | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Si este niño no cumplió con los criterios de elegibilidad para la intervención temprana, a la familia se le ofrece lo siguiente. | | | | | | | |
|  | Reexaminar al niño dentro de seis meses. Notas: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | Los siguientes recursos de la comunidad podrían beneficiar a la familia: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | La siguiente información fue entregada a la familia: | | | | | | |
|  |  | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| F-00989FS | | |
| **PARTICIPANTES EN LA REUNIÓN DEL EQUIPO DE INTERVECIÓN TEMPRANA**  **PARTICIPANTS IN EARLY INTERVENTION TEAM MEETING**  **Fecha de la reunión:** | | |
| Al firmar a continuación, reconozco que el Birth to 3 Program me solicitó información para incluirla en este reporte de intervención temprana (EI), y que proporcione la información más actualizada acerca de mi hijo y que participe en las discusiones que dieron lugar a este reporte de EI. Además entiendo y reconozco que tuve la oportunidad de revisar y solicitar cambios a la información contenida en este reporte de EI y que tengo derecho a disputar las decisiones relativas a la elegibilidad de mi hijo para el Birth to 3 Program. También me informaron que la divulgación de este reporte no ocurrirá a menos que de otro modo esté permitido por la ley. | | |
| **FIRMA** – Padre / Madre /Tutor | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título |
| **FIRMA** – Padre / Madre / Tutor | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título |
| **FIRMA** – Coordinador del condado | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título |
| **FIRMA** – Coordinador de servicios | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título |
| **FIRMA** – Otro | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título |
| **FIRMA** – Otro | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título |
| **FIRMA** – Otro | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título |
| **FIRMA** – Otro | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título |