|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00989LS (02/2017) | | | | | | | **STATE OF WISCONSIN** | | | | | | | |
| **RESUMEN DE LOS SERVICIOS**  **SUMMARY OF SERVICES** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del niño | | | | | | | | | Fecha del reporte | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |
| Los servicios y apoyos se determinan siguiendo el desarrollo de los resultados funcionales del plan Individualizado para la familia (IFSP). Están diseñados para mejorar la capacidad de la familia en apoyar el desarrollo de sus hijos y promover el aprendizaje y desarrollo del niño mediante la participación funcional en las actividades familiares y comunitarias.  **Los siguientes servicios son propuestos por el Birth to 3 Program para que sean parte del IFSP:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Iniciales para consentí-miento informado** | | **Persona/Agencia Función** | **Frequencia/ Longitud** | **Intensidad** | | **Método de envío** | | | | **Entorno/ Lugar\*** | | **Fuentes de financia-miento** | **Fecha prevista de inicio/ Duración prevista/ Fecha final** | **Tipo de servicio** |
|  | |  |  |  |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | | | |  | |  |  |  |
| **Aviso previo por escrito: Documentación de las discusiones para llegar a un consenso sobre los servicios**. [Todo aviso previo por escrito necesita: (1) los servicios ofrecidos. (2) otras opciones discutidas. (3) información utilizada (fuentes). (4) razones (detalles) de las decisiones. (5) derechos.] **Los servicios antes mencionados fueron propuestos por el Birth to 3 Program para sean parte de este IFSP basándose en la siguiente información y razones; los siguientes servicios u opciones de servicios fueron discutidos por el Birth to 3 Program pero negados** (incluye información sobre "Otras opciones" discusiones sobre cualquiera de los servicios negado o disminuido así como cualquier negociación sobre frecuencia, intensidad o método de prestación de servicios, quién será el entrenador principal, etc.): | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Usted tiene derecho a estar de acuerdo con o a rechazar la decisión propuesta. Junto a este documento se encuentra una copia de los derechos de los padres y los hijos y las acciones a tomar si usted no está de acuerdo con la propuesta de acción. Estas son una breve revisión de los derechos. Si desea una copia completa de los derechos de los padres y los hijos, por favor póngase en contacto con su coordinador de servicios. No dude en llamar si tiene alguna pregunta. | | | | | | | | | | | | | | |
| \*Todos los servicios se prestan en el entorno natural del niño en la máxima medida apropiada; o la justificación se completa y adjunta. | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugares principales donde se prestan los servicios | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Hogar | | | | | | |  | | | Cuidado infantil familiar | | | |
|  | Guardería | | | | | | |  | | | Servicios ambulatorios | | | |
|  | Centro de intervención temprana | | | | | | |  | | | Hospital | | | |
|  | Residencial | | | | | | |  | | | No entorno natural | | | |
|  | Entorno natural, Otro: | | | | | | | | | | | | | |