|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00989PS (02/2017) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **FIRMA DEL EQUIPO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA****INDIVIDUALIZED FAMILY SERVICE PLAN TEAM SIGNATURE** |
| Nombre del niño | Fecha del reporte |
|       |       |
|  |
| * Yo/nosotros he recibido una copia y entiendo los derechos de los padres y los hijos.
* Este Plan Individualizado de los Servicios para la Familia (IFSP) refleja los resultados que son importantes para mi hijo y su familia.
* Yo/nosotros doy mi consentimiento para los servicios descritos en este IFSP para mi hijo y su familia.
* Entiendo que este IFSP será compartido con todos los miembros del equipo que se indican a continuación para que puedan trabajar en colaboración en nombre de mi familia.
 |
| **FIRMA** – Padre / Madre / Tutor | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde       |
| **FIRMA** – Padre / Madre / Tutor | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde       |
| **FIRMA** – Padre / Madre / Tutor | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde       |
| Hemos trabajado junto con la familia para crear este IFSP y estamos de acuerdo que este plan guiará nuestro trabajo. |
| **FIRMA** – Miembro del equipo del IFSP  | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono      |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |
| **FIRMA –** Miembro del equipo del IFSP | Fecha de la firma | Escriba el nombre en letra de molde / Título      | Número de teléfono       |