|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-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 |