early steps
Children's Medical Services

Individualized Family Support Plan and Evaluation Report

Form A: Your Family's Information

Child's Name: _____ _____ _____ **A.K.A**: _____
Last First MI

DOB: _____ **Child's ID#:** _____ **Gender**: ☐ Male ☐ Female

Child's Race (Check all that Apply): ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White

Child's Primary Language/Mode of Communication: ☐ English ☐ Spanish ☐ Creole ☐ Other:_____

Check One: ☐ Parent ☐ Guardian ☐ Foster Parent ☐ Surrogate Parent ☐ Other: _____

Name(s):_____

Address: _____

City: _____ Zip Code: _____ County: _____

Phone: (_____) _____ Work Phone: (_____) _____ Cell Phone: (_____) _____

Best time to call: _____ E-mail: _____

Primary language used in home/mode of communication: ☐ English ☐ Spanish ☐ Creole ☐ Other: _____

Check One: ☐ Parent ☐ Guardian ☐ Foster Parent ☐ Surrogate Parent ☐ Other: _____

Name(s):_____

Address: _____

City: _____ Zip Code: _____ County: _____

Phone: (_____) _____ Work Phone: (_____) _____ Cell Phone: (_____) _____

Best time to call: _____ E-mail: _____

Primary language used in home/mode of communication: ☐ English ☐ Spanish ☐ Creole ☐ Other:_____

Is an interpreter needed for the family? ☐ Yes ☐ No If so, what kind of interpreter? _____

The following people can help you with your questions and concerns:

Service Coordinator:_____ Agency: _____

Phone: (_____) _____ Fax: (_____) _____ E-mail: _____

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Family Resource Specialist: _____

Phone: (_____) _____ Fax: (_____) _____ E-mail: _____

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Referral Date:_____

Interim IFSP Date: _____

Initial IFSP Date:_____

Current IFSP Date:_____

IFSP Periodic Review Due Date: _____

IFSP Periodic Actual Review Date: _____

Annual IFSP Due Date: _____

Transition Conference Due Date: _____

Name: _____ DOB: _____ IFSP Date: _____

ID#: _____ Service Coordinator: _____

Form B: Planning for Your Child's Evaluation/Assessment

Date(s) this Information Gathered: Chronological Age:

Tell us about your child's health:

Was your child born full term? ☐ Yes ☐ No

How many weeks? _____ Birth weight: _____

Date of your child's last well-child check-up: _____

Are immunizations current? ☐ Yes ☐ No

Is your child currently on any medication(s)? ☐ Yes ☐ No

If so, what types and why:

Does your child have allergies? ☐ Yes ☐ No Describe:

Does your child have a medical diagnosis? ☐ Yes ☐ No

If so, what is it?

Does your child see any medical specialists?

☐ Yes ☐ No If so, who and what type:

Has your child been hospitalized? ☐ Yes ☐ No

Please tell us when and why:

Tell us about your child's vision and hearing:

Has your child's hearing been previously screened or tested?

☐ Yes ☐ No When? _____

Do you have concerns about your child's hearing?

☐ Yes ☐ No Describe:

Has your child's vision been previously screened or tested?

☐ Yes ☐ No When? _____

Do you have concerns about your child's vision?

☐ Yes ☐ No Describe:

Tell us about your child's sleep patterns/nutrition:

Describe your child's sleep patterns (bedtime, naps, hours of sleep):

Describe your child's nutritional habits/preferences:

Your Insurance Information:

Medicaid (Title XIX)

Medicaid HMO/PSN ☐Yes ☐ No ☐ Pending

Group: _____

CMS ☐Yes ☐ No ☐ Pending

CMS Nurse Case Manager: _____

Medicaid Medipass ☐Yes ☐ No ☐ Pending

SSI ☐Yes ☐ No ☐ Pending

Medicaid #: _____

Comments/Changes: _____

KidCare/MediKids ☐Yes ☐ No ☐ Pending

CMS (Title XXI) ☐Yes ☐ No ☐ Pending

Private Insurance: ☐Yes ☐ No

Type: ☐HMO ☐ PPO

Company Name:_____

Phone Number: _____

Policy/Individual #: _____ Group #: _____

Primary Health Care Provider: _____

Your Child's Developmental Screening:

A developmental screening was conducted ☐ Yes ☐ No If yes, please check which tools/methods used:

☐ Developmental Checklists (specify) ☐ Parent Report ☐ Observation ☐ Record Review ☐ Ages & Stages

☐ Other: _____ Language used: _____

Does the collected information from above indicate a possible developmental delay/concern in any of the following areas:

☐ Fine motor ☐ Gross motor ☐ Communication ☐ Cognitive ☐ Social-emotional ☐ Adaptive-self-help skills

Comments:_____

_____

Describe any other information about child's health, development, and/or family medical history that may be important for the team to know:

_____

_____

_____

Name: _____ **DOB:** _____ **IFSP Date:** _____

ID#: _____ **Service Coordinator:** _____

Form C: Your Family's Routines/Concerns/Priorities/Resources

Date(s) this Information Gathered: _____

Family: Who are the people living in your home? Please include names and relationships. Include ages and gender of children.

Daily Routines: What are your child's and your family's daily activities? Where does your child spend the day? With whom does your child regularly interact? (Include your child's activities, routines and favorite toys.) What activities, routines, and places are challenging to your child and family?

Family's Areas of Concern: What concerns do you have about your child's development and/or any other family challenges? Questions and concerns about your child may include issues such as feeding/nutrition (*such as weight gain or loss, difficulties with eating, special diets or feeding equipment, elimination habits*), sleeping, playing, communicating, behavior, health, transportation, food/shelter, etc.

Priorities: Which concerns above would you like to focus on first? What do you hope Early Steps can help you with?

Friends/Supports/Resources: When you need help, who do you call and how do they help you? What types of resources do you have to meet your family's needs? These may include family strengths, childcare, transportation and financial resources.

Recommendations for Evaluation and Assessment/Team Updates: _____

_____

_____

Name: _____ **DOB:** _____ **IFSP Date:** _____

ID#: _____ **Service Coordinator:** _____

Form D: Your Child's Eligibility Evaluation Information

Page ____ of Form D

(Complete Form D for the initial IFSP only)

For your child's first IFSP, an evaluation may be completed with your child to determine eligibility, prior to or during assessment. The eligibility information is recorded on this page.

Date of Evaluation (if performed): _____ Chronological Age: _____ Language Used: _____

Method(s) of Evaluation: ☐Test Instrument(s) Administered: _____

☐Parent Report ☐Professional Observation ☐ Collateral Information/Source: _____

Eligibility Evaluation Results	Results
Using Hands and Body (Gross/Fine Motor Skills) Comments:	
Eating, Dressing, and Toileting (Self-Help/Adaptive Skills) Comments:	
Expressing and Responding to Feelings and Interacting with Others (Social/Emotional) Comments:	
Playing, Thinking, Exploring (Academic/Cognitive including pre-literacy skills) Comments:	
Understanding and Communicating (Receptive and Expressive Communication) Comments:	

Evaluation Team Signatures

☐ The eligibility evaluation team is the same as the assessment team. Please see Form E for signatures.

☐ The eligibility evaluation team is different from the assessment team. Please sign below.

Evaluator: _____ **Discipline:** _____ **Signature:** _____

Evaluator: _____ **Discipline:** _____ **Signature:** _____

Evaluator: _____ **Discipline:** _____ **Signature:** _____

Eligibility Determination

☐ Eligible for Early Steps (Part C: Early Intervention) based on the following:

☐ Established Condition of: _____

☐ Developmental Delay in the area(s) of: _____

☐ Not eligible for Early Steps (Part C: Early Intervention) based on evaluations completed this day and the IFSP does not need to be completed. The evaluation team makes the following recommendations to the family: _____

_____

Name: _____ **DOB:** _____ **IFSP Date:** _____

ID#: _____ **Service Coordinator:** _____

Form E: Your Child's Assessment Information

Page ____ of Form E

A developmental assessment is completed with your child and/or ongoing assessment information is gathered. This information helps us understand your child's developmental strengths, as well as some of the things that are challenging for your child and may be affecting how he/she is able to participate in family and community activities.

Date of Assessment: _____ Chronological Age: _____ Language Used: _____

Method(s) of Assessment: ☐Test Instrument(s) Administered: _____

☐Parent Report/Interview Tool: _____ ☐Professional Observation ☐Collateral Information/Source: _____

Summary of Present Status: Abilities, Strengths, and Needs

Using Hands and Body (Gross/Fine Motor Skills)	
Things we like and things we do well:	Things that we need help with:
Eating, Dressing, and Toileting (Self-Help/Adaptive Skills)	
Things we like and things we do well:	Things that we need help with:
Expressing and Responding to Feelings and Interacting with Others (Social/Emotional)	
Things we like and things we do well:	Things that we need help with:
Playing, Thinking, Exploring (Academic/Cognitive including pre-literacy skills)	
Things we like and things we do well:	Things that we need help with:
Understanding and Communicating (Receptive and Expressive Communication)	
Things we like and things we do well:	Things that we need help with:

Vision and Hearing Status: _____

_____

Observations/Comments: _____

_____

_____

Assessor: _____ **Discipline:** _____ **Signature:** _____

Assessor: _____ **Discipline:** _____ **Signature:** _____

Assessor: _____ **Discipline:** _____ **Signature:** _____

Name: _____ **DOB:** _____ **IFSP Date:** _____

ID#: _____ **Service Coordinator:** _____

Form F: Your Family's Outcomes

Page ____ of Form F

OUTCOME #: ____ What would you like to see happen for your child and family as a result of Early Steps supports and services?

GOALS, TIMELINES AND CRITERIA FOR PROGRESS: When will we review progress toward this outcome and what will progress look like?

STRATEGIES: Who will do what within your child's everyday routines, activities, and places to achieve this outcome?

Name: _____ **DOB:** _____ **IFSP Date:** _____

ID#: _____ **Service Coordinator:** _____

Form G: Your Family's Supports and Services

Services authorized by the IFSP team to address identified family/child outcomes.

Date	Service	Outcome #	Units	Frequency, Intensity, Group (G) or Individual (I)	Provider Information (Name/Discipline/Agency) *Indicates the Primary Service Provider (PSP)*	Location Code	Natural Environment Y / N	Start Date End Date Authorization Period	Payer of Service

Location Codes: 1=Home 3=Hospital 4=School 5=Childcare Center 6=Other 7=Clinic 8=Residential Facility 9=Early Intervention Classroom A=Community Agency F=Family Daycare Home P=Public Place **Service Codes** (optional): See IFSP Guidance Document

Natural Environment Justification: Supports and services must be provided to your child in settings that are natural or typical for children of the same age (natural environments). If, as a team, we decide that we cannot provide a service in a natural environment, we need to explain how we made that decision:

Complete only for Early Intervention Sessions:

Addresses the following domain(s): ☐ Fine motor ☐ Gross motor ☐ Communication ☐ Cognitive ☐ Social-emotional ☐ Adaptive-self-help skills

Early Intervention Sessions are: ☐ Individual (Medicaid procedure code T1027SC or T1027HM)
☐ Group (Medicaid procedure code T1027TTSC or T1027TTHM)

ICD9 Code(s) ICD9 Description(s)

Modifications to Services

☐ I understand that Form G serves as prior notice of proposed new, changed, or terminated services as written above and I understand the reason(s) for taking the action(s).

☐ I have received a copy and explanation of my procedural safeguards (*Summary of Family Rights*).

(Parent/Guardian Signature) _____ Date: _____

OTHER SERVICES: In addition to the Early Steps services listed above, you have identified that your child and family receive, or may like help arranging to receive, the following services such as specialized medical services or those activities or services that you choose independent of those authorized by the IFSP team.

Service/Activity	Activities/Steps Needed	Timeline	Provider/Agency Name

Name: _____ **DOB:** _____ **IFSP Date:** _____

ID#: _____ **Service Coordinator:** _____

Form H: Your Individualized Family Support Plan Team

My family and the following individuals participated in the development of this IFSP and/or will help to implement it.

Printed Name / Credential **Indicates a LHCP providing direction and support to ITDS, if applicable*	Signature	Position/ Role	Address	Telephone	Receive Copy of IFSP (Family Initial)
		Parent			
		Service Coordinator			
		Primary Service Provider			
		Primary Health Care Provider			

I/We received the following:

☐ Copy of procedural safeguards (*Summary of Family Rights*) for Part C or Part B of IDEA, as appropriate, and these rights and safeguards have been explained to me

☐ Copy of Early Steps brochure with Central Directory phone number (initial IFSP only)

☐ Explanation of procedure for requesting new service coordinator

☐ Copy of Individualized Family Support Plan or understand it will be mailed to me within 15 days

Informed Consent by Parents/Guardians:

☐ I participated fully in the development of this plan.

☐ I give consent for all of the services described in this Individualized Family Support Plan (IFSP) to be provided as written.

☐ I do not provide consent for the following service(s) as described in this IFSP to be provided, however, I do give consent for all other services described in this IFSP to be provided: _____

_____

☐ I give permission for copies of this plan to be released to the individuals(s) noted above as indicated by my initials beside each name.

_____	_____	_____
Parent/Guardian Signature	Relationship	Date
Parent/Guardian Signature	Relationship	Date

Name: _____ **DOB:** _____ **IFSP Date:** _____

ID#: _____ **Service Coordinator:** _____

Form I: Your Family's Transition Plan

Transition Planning Steps (Check all boxes that apply)

1. Notification:

a. ☐ The *Understanding Notification* brochure was provided. Date Provided: _____

b. ☐ The family opted out of notification. Date: _____

c. ☐ Notification to the school district was provided. Date Provided: _____

2. Program Options:

a. ☐ Program options available within the community (e.g., local school district, Head Start, Agency for Persons with Disabilities, other early care and education programs, etc.) were discussed.

b. ☐ At this time, the family is interested in the following options:

3. Referral:

☐ With family consent, a referral packet was provided to the school district and/or other agencies and community providers as follows:

a. Agency/Program to which child is referred: _____ Referral Date: _____

b. Agency/Program to which child is referred: _____ Referral Date: _____

4. Transition Conference: Date of Conference**:** _____

a. ☐ Concerns of the family related to transition were discussed. Those concerns are listed below. If there are no concerns, please indicate "none."

b. ☐ List activities to address the above concerns, if applicable.

c. ☐ School district information was provided regarding services to prekindergarten children with disabilities. This information should include the district's evaluation/eligibility process and how the Individual Educational Plan (IEP) is developed. Comment:

d. ☐ Services/activities to support our child's transition into a new setting/environment**:** (Agency/program visitations, parent training, transportation issues, assistive technology needs, immunizations, additional evaluations needed, etc.)

Services/Activities	Person(s) Involved	Timeframe(s)

We attended the transition conference and participated in the development of this transition plan. We provide consent to the steps and services related to transition.

_____	_____	_____
Parent/Guardian	Parent/Guardian	Date

We attended the transition conference and participated in the development of this transition plan.

_____	_____	_____
Service Coordinator	IFSP Team Member/Title	Local School District Representative/Title
_____	_____	_____
Community Representative/Agency/Title	IFSP Team Member/Title	Other/Title

Name: _____ **DOB:** _____ **IFSP Date:** _____

ID#: _____ **Service Coordinator:** _____

Form J: Your Family's Individualized Family Support Plan Periodic Review

Page ____ of Form J

Outcome #	Date Reviewed	Describe Progress / Modification (If these modifications result in a change of service, please complete the *Modifications of Services* section on Form G)	Status (Check One)
			☐Outcome reached ☐New outcome developed (# ____) ☐Outcome continued ☐Outcome modified
			☐Outcome reached ☐New outcome developed (# ____) ☐Outcome continued ☐Outcome modified
			☐Outcome reached ☐New outcome developed (# ____) ☐Outcome continued ☐Outcome modified
			☐Outcome reached ☐New outcome developed (# ____) ☐Outcome continued ☐Outcome modified
			☐Outcome reached ☐New outcome developed (# ____) ☐Outcome continued ☐Outcome modified
			☐Outcome reached ☐New outcome developed (# ____) ☐Outcome continued ☐Outcome modified

Team Member Signatures

Print Name / Credentials **Indicates a LHCP providing direction and support to ITDS, if applicable*	Signature	Date

early steps
Children's Medical Services

PLAN INDIVIDUALIZADO DE APOYO FAMILIAR (IFSP, "INDIVIDUAL FAMILY SUPPORT PLAN")

Formulario A: Información sobre su familia

Página ____ del Formulario A

Nombre del niño: _____ _____ _____ _____
Apellido | Primer Nombre | Inicial de Segundo nombre | Conocido como

Fecha de nacimiento: _____ # de Identidad del Niño _____ Género: ☐ Hombre ☐ Mujer

Raza del niño (marque todas las que correspondan): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Afro americano o persona de color ☐ Hispano/latino ☐ Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico ☐ Blanco

Idioma principal del niño / forma de comunicación: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Creole ☐ Otro: _____

Marque uno: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor Legal ☐ Padre Adoptivo ☐ Padre Sustituto ☐ Otro: _____

Nombre(s):_____

Dirección: _____

Ciudad:_____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono: (_____) _____Teléfono de trabajo: (_____) _____Teléfono Celular: (_____) _____

Horario más adecuado para llamar:_____ Correo electrónico: _____

Idioma principal que se habla en la casa/Forma de comunicación: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Creole ☐ Otro:_____

Marque uno: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor Legal ☐ Padre Adoptivo ☐ Padre Sustituto ☐ Otro: _____

Nombre(s):_____

Dirección: _____

Ciudad:_____ Código Postal:_____ Condado: _____

Teléfono:(_____) _____Teléfono de trabajo: (_____)_____Teléfono Celular: (_____) _____

Horario más adecuado para llamar:_____ Correo electrónico: _____

Idioma principal que se habla en la casa/Forma de comunicación: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Creole ☐ Otro: _____

¿Necesitan un intérprete para la familia? ☐ Sí ☐ No En ese caso, ¿qué tipo de intérprete? _____

Las siguientes personas pueden ayudarle con sus preguntas y preocupaciones:

Coordinador de servicios:_____ Agencia : _____

Teléfono: (_____) _____ Fax: (_____) _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Especialista en recursos para la familia: _____

Teléfono: (_____) _____ Fax: (_____) _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Fecha de Remisión:_____

Fecha del IFSP provisional: _____

Fecha el IFSP inicial:_____

Fecha del IFSP actual :_____

Fecha para la Revisión de 6-meses del IFSP:_____

Fecha en que se efectuó la revisión de 6-meses del IFSP: _____

Fecha límite para el IFSP anual : _____

Fecha límite para la Conferencia de Transición : _____

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha del IFSP:** _____

 # de Identificación: _____ **Coordinador de Servicios:** _____

Formulario B: Planeando para la evaluación de su niño

Fecha(s) en que se obtiene esta Información: Edad cronológica:

Háblenos sobre la salud de su niño (a):

¿Nació su niño(a) a término completo? ☐ Sí ☐ No

¿A cuántas semanas? _____ Peso al nacer: _____

Ultima fecha de chequeo de su niño(a): _____

¿Están las inmunizaciones al día? ☐ Sí ☐ No

¿Está su niño(a) tomando alguna medicina ahora?
☐ Sí ☐ No De ser así, de qué tipo y por qué:

¿Tiene su niño(a) alergias? ☐ Sí ☐ No Explique:

¿Tiene su niño(a) un diagnóstico médico? ☐ Sí ☐ No
En ese caso, ¿cuál es?

¿Ha visto su niño (a) a cualquier médico especialista?
☐ Sí ☐ No De ser así, quién y qué tipo:

¿Han hospitalizado a su niño (a)? ☐ Sí ☐ No
Por favor díganos cuando y por qué:

Háblenos sobre la visión y audición de su niño (a):

¿Le han evaluado la audición a su niño(a)? ☐ Sí ☐ No

¿Cuándo? _____

¿Tiene Ud. preocupaciones sobre la audición de su niño(a)?
☐ Sí ☐ No Explique:

¿Le han evaluado la visión a su niño(a)? ☐ Sí ☐ No

¿Cuándo? _____

¿Tiene Ud. preocupaciones sobre la visión de su niño(a)?
☐ Sí ☐ No Explique:

Háblenos sobre las costumbres de dormir y de comer de su niño(a):

Describa las costumbres de dormir de su niño (hora de acostarse, siestas, cuántas horas duerme):

Describa lo que acostumbra comer o lo que prefiere su niño:

Su información de seguro:

Medicaid (Título XIX)
- Medicaid HMO/PSN ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente
- Grupo: _____
- CMS ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente
- Enfermera CMS Encargada Del Caso: _____
- Medicaid Medipass ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente
- SSI ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente
- # Medicaid: _____

Comentarios/Cambios: _____

KidCare/MediKids ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente

CMS (Titulo XXI) ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente

Seguro Privado: ☐ Sí ☐ No

Tipo: ☐HMO ☐ PPO

Nombre de la Compañía:_____

Número de teléfono:_____

Póliza/Individual: _____ # de Grupo:_____

Proveedor Primario Del Cuidado médico: _____

Evaluación del desarrollo de su niño (a)

Se hizo una evaluación del desarrollo? ☐ Sí ☐ No De ser así, por favor indique qué herramientas/métodos utilizados:

☐ Pauta de desarrollo (especifique) ☐ Informe de los padres ☐ observación ☐ Revisión de expediente

☐ Edades & Etapas Otro: ☐ Otro: _____ Idioma usado: _____

¿Sugiere la antedicha información un posible retraso o preocupación sobre el desarrollo en cualquiera de las siguientes áreas? ☐ Movimientos finos ☐ Movimientos gruesos ☐ Comunicación ☐ Conocimiento ☐ Social-emocional

☐ Hhabilidades de auto-ayuda/adaptantes

Comentarios _____

_____

Describe otra información sobre la salud o desarrollo de su niño(a), y/o el historial médico de la familia que pueda ser importante que el equipo sepa: _____

_____

_____

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha del IFSP:** _____

 # de Identificación: _____ **Coordinador de Servicios:** _____

Formulario C: Las rutinas/preocupaciones/prioridades/recursos de su familia Página ___ del Formulario C

Fecha que se obtuvo esta Información: _____

Familia: ¿Quiénes viven en su hogar? Por favor incluya los nombres y parentesco. Incluya la edad y el género de los niños.
Rutinas diarias: ¿En qué consisten las actividades diarias de su niño y de la familia? ¿Dónde pasa el día su niño? ¿Con quién interactúa de costumbre su niño? (Incluya las actividades, rutinas y juguetes favoritos de su niño.) ¿Qué actividades, rutinas y lugares presentan en dificultades para su niño y la familia?
Asuntos que preocupan a la familia: ¿Cuáles inquietudes tiene respecto al desarrollo de su niño y otros desafíos que se le plantean a la familia? Las dudas e inquietudes sobre su niño pueden incluir temas tales como alimentación/nutrición (*tales como aumento o pérdida de peso, dificultades con la comida, dietas especiales o equipo para alimentación, hábitos de la eliminación*), sueño, juego, comunicación, conducta, salud, transporte, comida/vivienda, etc.
Prioridades: ¿En cuáles de las inquietudes que indicó anteriormente quisiera concentrarse primero? ¿De qué forma espera que Early Steps pueda ayudarlo?
Amigos/Apoyos/Recursos: Cuando precisa ayuda, ¿a quién recurre y de qué forma lo ayudan? ¿Con qué tipo de recursos cuenta para cubrir las necesidades de su familia? Estos pueden incluir fortalezas de la familia, personal para la atención de los niños, transporte y recursos financieros.

Recomendaciones para la evaluación /Actualizaciones del Equipo: _____

_____

_____

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha del IFSP:** _____

 # de Identificación: _____ **Coordinador de Servicios:** _____

Formulario D: Información de la determinación de elegibilidad de su niño Página ____ del Formulario D

(Llena el Formulario D Solamente por el IFSP inicial)

Para el primer IFSP de su niño(a), se puede completar una evaluación con su niño(a) para determinar elegibilidad, antes o durante la evaluación. La información sobre la elegibilidad se registrará en esta página.

Fecha de la evaluación (si se realizó):_____ Edad cronológica: _____ idioma usado: _____

Métodos de evaluación: ☐ Pruebas administradas: _____

☐ Informe de los padres ☐ Observación professional ☐ Información/fuente colateral: _____

Resultados sobre evaluación de elegibilidad	Resultados
Usando manos y cuerpo (Destrezas de movimiento Grueso/Fino) Comentarios:	
Comer, Vestirse, y Bañarse (Habilidades de auto-ayuda/adaptantes) Comentarios:	
Expresando y respondiendo a sensaciones y conviviendo con los demás (Social/Emocional) Comentarios:	
Jugando, Pensando, Explorando (Habilidades Académicas/Cognitivas incluyendo destrezas de pre-alfabetización) Comentarios:	
Comprensión y comunicación (Comunicación Receptiva y Expresiva) Comentarios:	

Firmas del equipo de evaluadores

☐ El equipo de determinación de elegibilidad es el mismo que el equipo deevaluación. Vea el Formulario E para las firmas.

☐ El equipo de determinación de elegibilidad es distinto al equipo de evaluación. Firme abajo.

Evaluador: _____ **Disciplina:** _____ **Firma:** _____

Evaluador: _____ **Disciplina:** _____ **Firma:** _____

Evaluador: _____ **Disciplina:** _____ **Firma:** _____

Determinación de elegibilidad

☐ Reúne los requisitos para Early Steps (Parte C: Intervención Temprana) basada en la siguiente:

☐ Condición establecida de: _____

☐ Retraso del desarrollo en área(s) de: _____

☐ No reúne los requisitos para Early Steps (Parte C: Intervención Temprana) según las evaluaciones completadas en este día y el IFSP no necesita efectuarse. El equipo de evaluación hace las siguientes recomendaciones a la familia: _____

_____

_____

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha del IFSP:** _____

 # de Identificación: _____ **Coordinador de Servicios:** _____

Formulario E: Información sobre la evaluación de su niño (a) Página ____ del Formulario E

Se completó una evaluación del desarrollo con su niño (a) y/o Información sobre evaluación se obtiene continuamente. Esta información nos ayuda a entender las destrezas de desarrollo de su niño (a), así como algunas de las cosas que presentan retos para su niño(a) y que pueden afectar la manera como él/ella participa en las actividades de la familia y de la comunidad.

Fecha de la Evaluación: _____ Edad Cronológica: _____ Idioma usado: _____

Métodos de Evaluación: ☐ Pruebas administradas: _____

☐ Informe de los padres: _____ ☐ Observación profesional ☐ Información/fuente colateral: _____

Resumen del Estado Actual: Capacidades, destrezas, y necesidades

Usando las manos y el cuerpo (Destrezas de movimiento Grueso/Fino)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:
Comer, Vestirse, y Bañarse (Habilidades de auto-ayuda/adaptantes)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:
Expresando y respondiendo a emociones y conviviendo con los demás (Social/Emocional)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:
Jugando, Pensando, Explorando (Habilidades Académicas/Cognitivas incluyendo destrezas de pre-alfabetización)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:
Comprensión y comunicación (Comunicación Receptiva y Expresiva)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:

Condición de la Visión y del Oído: _____

_____

Observaciones/Comentarios: _____

_____

Asesor: _____ **Disciplina:** _____ **Firma:** _____

Asesor: _____ **Disciplina:** _____ **Firma:** _____

Asesor: _____ **Disciplina:** _____ **Firma:** _____

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha del IFSP:** _____

 # de Identificación: _____ **Coordinador de Servicios :** _____

Formulario F: Resultados de su familia

RESULTADO #: ____ ¿Qué desearía usted que suceda para su niño y su familia a raíz de los apoyos y servicios de Early Steps?

OBJETIVOS, CRONOGRAMA Y CRITERIOS DE PROGRESO: ¿Cuándo repasaremos el progreso hacia este resultado y cómo notaremos el progreso?

ESTRATEGIAS: ¿Quién va a hacer qué dentro de las rutinas diarias las actividades de su niño(a), y los lugares donde va para alcanzar este resultado?

Nombre : _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha del IFSP:** _____

 # de Identificación:_____ **Coordinador de Servicios :** _____

Formulario G: Los Apoyos y Servicios de su Familia Página____ del Formulario G

Servicios autorizados por el equipo del Plan de apoyo familiar individualizado (IFSP, por las siglas en inglés) para ocuparse de los objetivos identificados para la familia/niño.

Fecha	Servicio	# de resultado	Unidades	Frecuencia, Intensidad, Grupo (G) o Individual (I)	Información sobre el Proveedor (Nombre/ Disciplina/Agencia) *Indica el Proveedor de Servicio Primario (PSP)	Código de Localización	Ambiente Natural S / N	Período de Autorización Inicio Fin	Pagador del Servicio

Código de Localización 1=Casa 3=Hospital 4=Escuela 5=Centro de Cuidado Infantil 6=Otro 7=Clínica 8=Instalación Residencial 9=Clase Intervención Temprana A=Agencia Comunitaria F=Casa de Cuidado Familiar P=Lugar Público **Código de Servicio (opcional):** Vea el documento de instrucciones para el IFSP

Justificación para Ambiente Natural: Las ayudas y los servicios que se proporcionan a su niño(a) deben proporcionarse en un ambientenatural o típicos para los niños (as) de su edad (ambientes naturales). Si, cómo equipo, decidimos que no podemos proveer un servicio en el ambiente natural, necesitamos explicar como llegamos a esta decisión:

Complete sólo para las sesiones de intervención temprana:

Para los siguientes campo(s) ☐ Motricidad fina ☐ Motricidad gruesa ☐ Comunicación ☐ Cognitivo ☐ Socioemocional
☐ Destrezas de adaptación y autosuficiencia

Las sesiones de intervención temprana son: ☐ Individuales (Código de procedimiento de Medicaid T1027SC or T1027HM)
☐ Grupales (Código de procedimiento de Medicaid T1027TTSC or T1027TTHM)

Código(s) ICD9 Descripción (descripciones) ICD9

Modifcaciones a los servicios

☐ Entiendo que el Formulario G constituye una notificación previa sobre la propuesta de servicios nuevos, modificados o cancelados según se describe anteriormente, y comprendo la(s) razón (razones) por la(s) que se toma(n) esta(s) medida(s).

☐ He recibido una copia y una explicación de mis salvaguardias procesales. *(Resumen de los derechos de la familia)*.

(Firma de Padres/Guardián)_____ Fecha: _____

OTROS SERVICIOS: Además de los servicios del programa Early Steps enumerados anteriormente, usted ha identificado que su hijo y su familia reciben o que les gustaría recibir asistencia para acceder a los siguientes servicios, tales como servicios médicos especializados, o aquellas actividades o servicios que usted elija de forma independiente a aquéllos autorizados por el equipo del IFSP.

Servicio/actividad	Actividades/medidas necesarias	Plazo	Nombre del proveedor/agencia

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha del IFSP:** _____

 # de Identificación: _____ **Coordinador de Servicios:** _____

Formulario H: Su equipo del plan individualizado de apoyo para la familia Página ____ del Formulario H

Mi familia y las personas siguientes participaron en el desarrollo de este IFSP y/o ayudarán a implementarlo.

Nombre en letra de molde * *Indica un profesional de cuidados de la salud (LHCP) que proporcione instrucciones y apoyo para especialistas en desarrollo de bebés y niños pequeños (ITDS), si corresponde*	Participante del IFSP (Inicial)	Posición/ Papel	Dirección	Teléfono	Recibe Copia del IFSP (Inicial de la Familia)
		Padres			
		Coordinador de Servicio			
		Proveedor Primario de Servicio			
		Proveedor Primario del Cuidado de Salud			

Yo/Nosotros he/hemos recibido lo siguiente:

☐ Copia de Salvaguardias Procesales (*Resumen de los derechos de la familia)* Para La Parte C o Parte B de IDEA, según Corresponde, y estos derechos y salvaguardias me han sido explicados

☐ Copia del folleto de Early Steps con el número de teléfono del Directorio Central (IFSP inicial solamente)

☐ Explicación del procedimiento para solicitar un nuevo coordinador de servicios

☐ Copia del plan individualizado de apoyo para la familia o entiendo/entendemos que me/nos será enviada en un plazo de 15 días.

Autorización con conocimiento de causa por padre o tutor legal:

☐ He participado plenamente en el desarrollo de este plan.

☐ He dado mi permiso para todos los servicios descritos en este Plan Individualizado de Apoyo Familiar (IFSP) que se proveerán tal como está escrito.

☐ No doy permiso para que se proporcione(n) el(los) servicio(s) siguiente(s) como se describen en este IFSP, sin embargo, yo doy permiso para que se proporcione el resto de los servicios descritos en este IFSP:_____

_____

_____

☐ Doy permiso para que las copias de este plan sean divulgadas al (los) individuo(s) arriba señalado según lo indican iniciales al lado de cada nombre.

Firma/Padre/Guardián	Parentesco	Fecha
Firma/Padre/Guardián	Parentesco	Fecha

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha del IFSP:** _____

 # de Identificación: _____ **Coordinador de Servicios :** _____

Formulario I: Plan de Transición para su Familia

Pasos para la planificación de la transición (marque todas las casillas que correspondan)

1. Notificación:

a. ☐ Se proporcionó el folleto *Understanding Notification* (Entender la notificación). Fecha en que se proporcionó: _____

b. ☐ La familia optó por excluirse de la notificación. Fecha: _____

c. ☐ Se proporcionó notificación al distrito escolar. Fecha en que se proporcionó: _____

2. Opciones de programas:

a. ☐ Se analizaron las opciones de programas disponibles dentro de la comunidad (p. ej., distrito escolar local, *Head Start*, Agencia para personas con discapacidades, otros programas de cuidados tempranos, etc.).

b. ☐ En este momento, la familia está interesada en las siguientes opciones:

3. Remisión:

☐ Con el consentimiento de la familia, se proporcionó un paquete de remisión al distrito escolar y/o a otras agencias y proveedores comunitarios del siguiente modo:

a. Agencia/programa al que se lo remite al niño: _____ Fecha de remisión: _____

b. Agencia/programa al que se lo remite al niño: _____ Fecha de remisión: _____

4. Conferencia sobre la transición: Fecha de la conferencia**:** _____

a. ☐ Se analizaron las inquietudes de la familia relacionadas con la transición. Esas inquietudes se indican a continuación. Si no se presentan inquietudes, indicar "ninguna".

b. ☐ Enumerar las actividades para abordar las inquietudes anteriores, si corresponde.

c. ☐ Se proporcionó información al distrito escolar con respecto a los servicios para niños con discapacidades en etapa anterior al jardín de infantes. Esta información debería incluir el proceso de evaluación/elegibilidad del distrito y el modo en que se desarrolla el Plan Educativo Individual (IEP, por sus siglas en inglés).
Comentario:

d. ☐ Servicios/actividades para respaldar la transición de nuestro hijo en un nuevo ambiente/entorno**:** (Visitas a la agencia/programa, capacitación para padres, problemas de transporte, necesidades tecnológicas de asistencia, inmunizaciones, evaluaciones adicionales requeridas, etc.)

Servicios/actividades	Persona(s) involucrada(s)	Horario(s)

Asistimos a la conferencia sobre la transición y participamos en el desarrollo de este plan de transición. Proporcionamos el consentimiento para los pasos y servicios relacionados con la transición.

_____	_____	_____
Padre/Tutor	Padre/Tutor	Fecha

Asistimos a la conferencia sobre la transición y participamos en el desarrollo de este plan de transición.

_____	_____	_____
Coordinador del Servicio	Miembro del Equipo del IFSP/Cargo	Local Distrito Escolar Representante/Cargo
_____	_____	_____
Representante Comunitario/Agencia/Cargo	Miembro del Equipo del IFSP/Cargo	Otro/Cargo

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha del IFSP:** _____

 # de Identificación: _____ **Coordinador de Servicios:** _____

Formulario J: El informe periódico del Plan de apoyo familiar individualizado de su familia **Página ____ del Formulario J**

Resultado #	Fecha de la Revisión	Describa el progreso / la Modificación (Si estas modificaciones resultan en un cambio de servicio, por favor llene la información del Formulario G)	Estatus (marque uno)
			☐Resultado alcanzado ☐Resultado nuevo desarrollado (# ____) ☐ Resultado continúa ☐ Resultado modificado
			☐Resultado alcanzado ☐Resultado nuevo desarrollado (# ____) ☐Resultado continúa ☐Resultado modificado
			☐Resultado alcanzado ☐Resultado nuevo desarrollado (# ____) ☐Resultado continúa ☐Resultado modificado
			☐Resultado alcanzado ☐Resultado nuevo desarrollado (# ____) ☐Resultado continúa ☐Resultado modificado
			☐Resultado alcanzado ☐Resultado nuevo desarrollado (# ____) ☐Resultado continúa ☐Resultado modificado
			☐Resultado alcanzado ☐Resultado nuevo desarrollado (# ____) ☐Resultado continúa ☐Resultado modificado

Firmas de los miembros del equipo

Escriba el nombre/credenciales en letra de imprenta * *Indica un profesional de cuidados de la salud (LHCP) que proporcione instrucciones y apoyo para especialistas en desarrollo de bebés y niños pequeños (ITDS), si corresponde*	Firma	Fecha

early steps
Children's Medical Services

Individualized Family Support Plan and Evaluation Report

Form A: Your Family's Information

Child's Name: A.K.A:
Last First MI
DOB: Child's ID# Gender: ☐ Male ☐ Female

Child's Race (Check all that Apply): ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White

Child's Primary Language / Mode of Communication: ☐ English ☐ Spanish ☐ Creole ☐ Other:

Check one: ☐ Parent ☐ Guardian ☐ Foster Parent ☐ Surrogate Parent ☐ Other:

Name(s):

Address:

City: Zip Code: County:

Phone: Work Phone: Cell Phone:

Best time to call: E-mail:

Primary language used in home / mode of communication: ☐ English ☐ Spanish ☐ Creole ☐ Other:

Check one: ☐ Parent ☐ Guardian ☐ Foster Parent ☐ Surrogate Parent ☐ Other:

Name(s):

Address:

City: Zip Code: County:

Phone: Work Phone: Cell Phone:

Best time to call: E-mail:

Primary language used in home / mode of communication: ☐ English ☐ Spanish ☐ Creole ☐ Other:

Is an interpreter needed for the family? ☐ Yes ☐ No If so, what kind of interpreter?

The following people can help you with your questions and concerns:

Service Coordinator: Agency:

Phone: Fax: E-mail:

Address: City: Zip Code:

Family Resource Specialist:

Phone: Fax: E-mail:

Address: City: Zip Code:

Referral Date:
Interim IFSP Date:
Initial IFSP Date:
Current IFSP Date:

IFSP Periodic Review Due Date:
IFSP Periodic Actual Review Date:
Annual IFSP Due Date:
Transition Conference Due Date:

Form B: Planning for Your Child's Evaluation/Assessment

Date(s) this Information Gathered: Chronological Age:

Tell us about your child's health:
Was your child born full term? ☐ Yes ☐ No
How many weeks? Birth weight:
Date of your child's last well-child check-up:
Are immunizations current? ☐ Yes ☐ No
Is your child currently on any medication(s)? ☐ Yes ☐ No
If so, what types and why:

Does your child have allergies? ☐ Yes ☐ No Describe:

Does your child have a medical diagnosis? ☐ Yes ☐ No
If so, what is it?

Does your child see any medical specialists? ☐ Yes ☐ No
If so, who and what type:

Has your child been hospitalized? ☐ Yes ☐ No
Please tell us when and why:

Tell us about your child's vision and hearing:
Has your child's hearing been previously screened or tested? ☐ Yes ☐ No When?
Do you have concerns about your child's hearing?
☐ Yes ☐ No Describe:

Has your child's vision been previously screened or tested? ☐ Yes ☐ No When?
Do you have concerns about your child's vision?
☐ Yes ☐ No Describe:

Tell us about your child's sleep patterns/nutrition:
Describe your child's sleep patterns (bedtime, naps, hours of sleep):

Describe your child's nutritional habits/preferences:

Your Insurance Information:

Medicaid (Title XIX)
Medicaid HMO/PSN ☐ Yes ☐ No ☐ Pending
Group:
CMS ☐ Yes ☐ No ☐ Pending
CMS Nurse Case Manager:
Medicaid Medipass ☐ Yes ☐ No ☐ Pending
SSI ☐ Yes ☐ No ☐ Pending
Medicaid #:

KidCare/MediKids ☐ Yes ☐ No ☐ Pending
CMS (Title XXI) ☐ Yes ☐ No ☐ Pending
Private Insurance: ☐ Yes ☐ No
Type: ☐ HMO ☐ PPO
Company Name:
Phone Number:
Policy/Individual #: Group #:
Primary Health Care Provider:

Comments/Changes:

Your Child's Developmental Screening

A developmental screening was conducted? ☐ Yes ☐ No If yes, please check which tools/methods used:

☐ Developmental Checklists (specify) ☐ Parent Report ☐ Observation ☐ Record Review ☐ Ages & Stages
☐ Other: Language used:

Does the collected information from above indicate a possible developmental delay/concern in any of the following areas: ☐ Fine motor ☐ Gross motor ☐ Communication ☐ Cognitive ☐ Social-emotional ☐ Adaptive-self-help skills
Comments:

Describe any other information about child's health, development, and/or family medical history that may be important for the team to know:

Form C: Your Family's Routines/Concerns/Priorities/Resources

Date(s) this Information Gathered:

Family: Who are the people living in your home? Please include names and relationships. Include ages and gender of children.

Daily Routines: What are your child's and your family's daily activities? Where does your child spend the day? With whom does your child regularly interact? (Include your child's activities, routines and favorite toys.) What activities, routines, and places are challenging to your child and family?

Family's Areas of Concern: What concerns do you have about your child's development and/or any other family challenges? Questions and concerns about your child may include issues such as feeding/nutrition (*such as weight gain or loss, difficulties with eating, special diets or feeding equipment, elimination habits*), sleeping, playing, communicating, behavior, health, transportation, food/shelter, etc.

Priorities: Which concerns above would you like to focus on first? What do you hope Early Steps can help you with?

Friends/Supports/Resources: When you need help, who do you call and how do they help you? What types of resources do you have to meet your family's needs? These may include family strengths, childcare, transportation and financial resources.

Recommendations for Evaluation and Assessment/Team Updates:

Form D: Your Child's Eligibility Evaluation Information

(Complete Form D for the initial IFSP only)

For your child's first IFSP, an evaluation may be completed with your child to determine eligibility, prior to or during assessment. The eligibility information is recorded on this page.

Date of Evaluation (if performed): Chronological Age: Language used:

Methods of Evaluation: ☐Test Instrument(s) Administered:

☐Parent Report ☐Professional Observation ☐Collateral Information/Source:

Eligibility Evaluation Results	Results
Using Hands and Body (Gross/Fine Motor Skills) Comments:	
Eating, Dressing, and Toileting (Self-Help/Adaptive Skills) Comments:	
Expressing and Responding to Feelings and Interacting with Others (Social/Emotional) Comments:	
Playing, Thinking, Exploring (Academic/Cognitive including pre-literacy skills) Comments:	
Understanding and Communicating (Receptive and Expressive Communication) Comments:	

Evaluation Team Signatures

☐ The eligibility evaluation team is the same as the assessment team. Please see Form E for signatures.
☐ The eligibility evaluation team is different from the assessment team. Please sign below.

Evaluator: **Discipline:** **Signature:** _____

Evaluator: **Discipline:** **Signature:** _____

Evaluator: **Discipline:** **Signature:** _____

Eligibility Determination

☐ Eligible for Early Steps (Part C: Early Intervention) based on the following:
- ☐ Established Condition of:
- ☐ Developmental Delay in the area(s) of:

☐ Not eligible for Early Steps (Part C: Early Intervention) based on evaluations completed this day and the IFSP does not need to be completed. The evaluation team makes the following recommendations to the family:

Name: DOB: IFSP Date:
ID#: Service Coordinator:

Form E: Your Child's Assessment Information

A developmental assessment is completed with your child and/or ongoing assessment information is gathered. This information helps us understand your child's developmental strengths, as well as some of the things that are challenging for your child and may be affecting how he/she is able to participate in family and community activities.

Date of Assessment: Chronological Age: Language used:

Methods of Evaluation: ☐Test Instrument(s) Administered:

☐Parent Report/Interview Tool: ☐ Professional Observation ☐ Collateral Information/Source:

Summary of Present Status: Abilities, Strengths, and Needs

Using Hands and Body (Gross/Fine Motor Skills)	
Things we like and things we do well:	Things that we need help with:

Eating, Dressing, and Toileting (Self-Help/Adaptive Skills)	
Things we like and things we do well:	Things that we need help with:

Expressing and Responding to Feelings and Interacting with Others (Social/Emotional)	
Things we like and things we do well:	Things that we need help with:

Playing, Thinking, Exploring (Academic/Cognitive including pre-literacy skills)	
Things we like and things we do well:	Things that we need help with:

Understanding and Communicating (Receptive and Expressive Communication)	
Things we like and things we do well:	Things that we need help with:

Vision and Hearing Status:

Observations/Comments:

Assessor: **Discipline:** **Signature:** _____

Assessor: **Discipline:** **Signature:** _____

Assessor: **Discipline:** **Signature:** _____

Form F: Your Family's Outcomes

OUTCOME #: What would you like to see happen for your child and family as a result of Early Steps supports and services?

GOALS, TIMELINES AND CRITERIA FOR PROGRESS: When will we review progress toward this outcome and what will progress look like?

STRATEGIES: Who will do what within your child's everyday routines, activities, and places to achieve this outcome?

Add Another Outcome

Form G: Your Family's Supports and Services

Services authorized by the IFSP team to address identified family/child outcomes.

Date	Service	Outcome #	Units	Frequency, Intensity, Group (G) or Individual (I)	Provider Information (Name/Discipline/Agency) *Indicates the Primary Service Provider (PSP)	Location Code	Natural Environment Y / N	Start Date End Date Authorization Period	Payer of Service

Add Row

Location Codes: 1=Home 3=Hospital 4=School 5=Childcare Center 6=Other 7=Clinic 8=Residential Facility 9=Early Intervention Classroom A=Community Agency F=Family Daycare Home P=Public Place **Service Codes** (optional): See IFSP Guidance Document

Natural Environment Justification: Supports and services must be provided to your child in settings that are natural or typical for children of the same age (natural environments). If, as a team, we decide that we cannot provide a service in a natural environment, we need to explain how we made that decision:

Complete only for Early Intervention Sessions:
Addresses the following domain(s):
☐ Fine motor ☐ Gross motor ☐ Communication ☐ Cognitive ☐ Social-emotional ☐ Adaptive-self-help skills

Early Intervention Sessions are: ☐ Individual (Medicaid procedure code T1027SC or T1027HM)
☐ Group (Medicaid procedure code T1027TTSC or T1027TTHM)

ICD9 Code(s) ICD9 Description(s)

Modifications to Services
☐ I understand that Form G serves as prior notice of proposed new, changed, or terminated services as written above and I understand the reason(s) for taking the action(s).
☐I have received a copy and explanation of my procedural safeguards (*Summary of Family Rights*).

Parent/Guardian Signature: _____ Date:_____

Add Box

OTHER SERVICES: In addition to the Early Steps services listed above, you have identified that your child and family receive, or may like help arranging to receive, the following services such as specialized medical services or those activities or services that you choose independent of those authorized by the IFSP team.

Service/Activity	Activities/Steps Needed	Timeline	Provider/Agency Name

Name: DOB: IFSP Date:
ID#: Service Coordinator:

Form H: Your Individualized Family Support Plan Team

My family and the following individuals participated in the development of this IFSP and/or will help to implement it.

Printed Name / Credential *Indicates a LHCP providing direction and support to ITDS, if applicable*	Signature	Position/ Role	Address	Telephone	Receive Copy of IFSP (Family Initial)
		Parent			
		Service Coordinator			
		Primary Service Provider			
		Primary Health Care Provider			

Add Row

I/We received the following:

☐ Copy of Procedural Safeguards (*Summary of Family Rights*) for Part C or Part B of IDEA, as appropriate, and these rights and safeguards have been explained to me

☐ Copy of Early Steps brochure with Central Directory phone number (Initial IFSP only)

☐ Explanation of procedure for requesting new service coordinator

☐ Copy of Individualized Family Support Plan or understand it will be mailed to me within 15 days

Informed Consent by Parents/Guardians:

☐ I participated fully in the development of this plan.

☐ I give consent for all of the services described in this Individualized Family Support Plan (IFSP) to be provided as written.

☐ I do not provide consent for the following service(s) as described in this IFSP to be provided, however, I do give consent for all other services described in this IFSP to be provided:

☐ I give permission for copies of this plan to be released to the individuals(s) noted above as indicated by my initials beside each name.

_____
Parent/Guardian Signature Relationship Date

_____
Parent/Guardian Signature Relationship Date

Form I: Your Family's Transition Plan

Transition Planning Steps (Check all boxes that apply)

1. Notification:

a. ☐ The *Understanding Notification* brochure was provided. Date Provided:

b. ☐ The family opted out of notification. Date:

c. ☐ Notification to the school district was provided. Date Provided:

2. Program Options:

a. ☐ Program options available within the community (e.g., local school district, Head Start, Agency for Persons with Disabilities, other early care and education programs, etc.) were discussed.

b. ☐ At this time, the family is interested in the following options:

3. Referral:

☐ With family consent, a referral packet was provided to the school district and/or other agencies and community providers as follows:

a. Agency/Program to which child is referred: Referral Date:

b. Agency/Program to which child is referred: Referral Date:

4. Transition Conference: Date of Conference**:**

a. ☐ Concerns of the family related to transition were discussed. Those concerns are listed below. If there are no concerns, please indicate "none."

b. ☐ List activities to address the above concerns, if applicable.

c. ☐ School district information was provided regarding services to prekindergarten children with disabilities. This information should include the district's evaluation/eligibility process and how the Individual Educational Plan (IEP) is developed.
Comment:

d. ☐ Services/activities to support our child's transition into a new setting/environment**:** (Agency/program visitations, parent training, transportation issues, assistive technology needs, immunizations, additional evaluations needed, etc.)

Services/Activities	Person(s) Involved	Timeframe(s)

We attended the transition conference and participated in the development of this transition plan. We provide consent to the steps and services related to transition.

Parent/Guardian	Parent/Guardian	Date

We attended the transition conference and participated in the development of this transition plan.

Service Coordinator	IFSP Team Member/Title	Local School District Representative/Title
Community Representative/Agency/Title	IFSP Team Member/Title	Other/Title

Name: DOB: IFSP Date:
ID#: Service Coordinator:

Form J: Your Family's Individualized Family Support Plan Periodic Review

Outcome #	Date Reviewed	Describe Progress / Modifications (If these modifications result in a change of service, please complete the *Modifications of Services* section on Form G)	Status (check one)
			☐Outcome reached ☐New outcome developed (#) ☐Outcome continued ☐Outcome modified
			☐Outcome reached ☐New outcome developed (#) ☐Outcome continued ☐Outcome modified
			☐Outcome reached ☐New outcome developed (#) ☐Outcome continued ☐Outcome modified
			☐Outcome reached ☐New outcome developed (#) ☐Outcome continued ☐Outcome modified
			☐Outcome reached ☐New outcome developed (#) ☐Outcome continued ☐Outcome modified
			☐Outcome reached ☐New outcome developed (#) ☐Outcome continued ☐Outcome modified

Team Member Signatures

Print Name / Credentials **Indicates a LHCP providing direction and support to ITDS, if applicable*	Signature	Date

early steps
Children's Medical Services

PLAN INDIVIDUALIZADO DE APOYO FAMILIAR (IFSP, "INDIVIDUAL FAMILY SUPPORT PLAN")

Formulario A: Información sobre su familia

Nombre del niño: Conocido como:

Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo nombre

Fecha de nacimiento: # de Identidad del Niño Género: ☐ Hombre ☐ Mujer

Raza del niño (marque todas las que correspondan): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Afro americano o persona de color ☐ Hispano/latino ☐ Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico ☐ Blanco

Idioma principal del niño / forma de comunicación: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Creole ☐ Otro:

Marque uno: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor Legal ☐ Padre Adoptivo ☐ Padre Sustituto ☐ Otro:

Nombre(s):

Dirección:

Ciudad: Código Postal: Condado:

Teléfono: Teléfono de trabajo: Teléfono Celular:

Horario más adecuado para llamar: Correo electrónico:

Idioma principal que se habla en la casa/Forma de comunicación: ☐ Inglés ☐ Españo ☐ Creole ☐ Otro:

Marque uno: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor Legal ☐ Padre Adoptivo ☐ Padre Sustituto ☐ Otro:

Nombre(s):

Dirección:

Ciudad: Código Postal: Condado:

Teléfono: Teléfono de trabajo: Teléfono Celular:

Horario más adecuado para llamar: Correo electrónico:

Idioma principal que se habla en la casa/Forma de comunicación: ☐ Inglés ☐ Españo ☐ Creole ☐ Otro:

¿Necesitan un intérprete para la familia? ☐ Sí ☐No En ese caso, ¿qué tipo de intérprete?

Las siguientes personas pueden ayudarle con sus preguntas y preocupaciones:

Coordinador de servicios: Agencia:

Teléfono: Fax: Correo Electrónico:

Dirección: Ciudad: Código Postal:

Especialista en recursos para la familia:

Teléfono: Fax: Correo Electrónico:

Dirección: Ciudad: Código Postal:

Fecha de Remisión:
Fecha del IFSP provisional:
Fecha el IFSP inicial:
Fecha del IFSP actual:

Fecha para la Revisión de 6-meses del IFSP:
Fecha en que se efectuó la revisión de 6-meses del IFSP:
Fecha límite para el IFSP anual:
Fecha límite para la Conferencia de Transición:

Formulario B: Planeando para la evaluación de su niño

Fecha(s) en que se obtiene esta Información: Edad cronológica:

Háblenos sobre la salud de su niño (a)*:*

¿Nació su niño(a) a término completo? ☐ Sí ☐ No
¿A cuántas semanas? Peso al nacer:
Ultima fecha de chequeo de su niño(a):
¿Están las inmunizaciones al día? ☐ Sí ☐ No
¿Está su niño(a) tomando alguna medicina ahora?
☐ Sí ☐ No De ser así, de qué tipo y por qué:

¿Tiene su niño(a) alergias? ☐ Sí ☐ No Explique:

¿Tiene su niño(a) un diagnóstico médico? ☐ Sí ☐ No
En ese caso, ¿cuál es?

¿Ha visto su niño (a) a cualquier médico especialista?
☐ Sí ☐ No De ser así, quién y qué tipo:

¿Han hospitalizado a su niño (a)? ☐ Sí ☐ No
Por favor díganos cuando y por qué:

Háblenos sobre la visión y audición de su niño (a):

¿Le han evaluado la audición a su niño(a)? ☐ Sí ☐ No
¿Cuándo?
¿Tiene Ud. preocupaciones sobre la audición de su niño(a)? ☐ Sí ☐ No Explique:

¿Le han evaluado la visión a su niño(a)? ☐ Sí ☐ No
¿Cuándo?
¿Tiene Ud. preocupaciones sobre la visión de su niño(a)? ☐ Sí ☐ No Explique:

Háblenos sobre las costumbres de dormir y de comer de su niño(a):

Describa las costumbres de dormir de su niño (hora de acostarse, siestas, cuántas horas duerme):

Describa lo que acostumbra comer o lo que prefiere su niño:

Su información de seguro:

Medicaid (Titulo XIX)
- Medicaid HMO/PSN ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente
- Grupo:
- CMS ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente
- Enfermera CMS Encargada Del Caso:
- Medicaid Medipass ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente
- SSI ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente
- # Medicaid:

KidCare/MediKids ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente
CMS (Titulo XXI) ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente
Seguro Privado: ☐ Sí ☐No
Tipo: ☐ HMO ☐ PPO
Nombre de la Compañía:
Número de teléfono:
Póliza/Individual: # de Grupo:
Proveedor Primario Del Cuidado médico:

Comentarios/Cambios:

Evaluación del desarrollo de su niño (a)

Se hizo una evaluación del desarrollo? ☐ Sí ☐ No De ser así, por favor indique qué herramientas/métodos utilizados:
☐ Pauta de desarrollo (especifique) ☐ Informe de los padres ☐ observación ☐ Revisión de expediente ☐ Edades & Etapas ☐ Otro: Idioma usado:

¿Sugiere la antedicha información un posible retraso o preocupación sobre el desarrollo en cualquiera de las siguientes áreas? ☐ Movimientos finos ☐ Movimientos gruesos ☐ Comunicación ☐ Conocimiento ☐ Social-emocional ☐ Habilidades de auto-ayuda/adaptantes
Comentarios:

Describe otra información sobre la salud o desarrollo de niño(a), y/o el historial médico de la familia que pueda ser importante que el equipo sepa:

Formulario C: Las rutinas/preocupaciones/prioridades/recursos de su familia

Fecha que se obtuvo esta Información:

Familia: ¿Quiénes viven en su hogar? Por favor incluya los nombres y parentesco. Incluya la edad y el género de los niños.

Rutinas diarias: ¿En qué consisten las actividades diarias de su niño y de la familia? ¿Dónde pasa el día su niño? ¿Con quién interactúa de costumbre su niño? (Incluya las actividades, rutinas y juguetes favoritos de su niño.) ¿Qué actividades, rutinas y lugares presentan en dificultades para su niño y la familia?

Asuntos que preocupan a la familia: ¿Cuáles inquietudes tiene respecto al desarrollo de su niño y otros desafíos que se le plantean a la familia? Las dudas e inquietudes sobre su niño pueden incluir temas tales como alimentación/nutrición (*tales como aumento o pérdida de peso, dificultades con la comida, dietas especiales o equipo para alimentación, hábitos de la eliminación*), sueño, juego, comunicación, conducta, salud, transporte, comida/vivienda, etc.

Prioridades: ¿En cuáles de las inquietudes que indicó anteriormente quisiera concentrarse primero? ¿De qué forma espera que Early Steps pueda ayudarlo?

Amigos/Apoyos/Recursos: Cuando precisa ayuda, ¿a quién recurre y de qué forma lo ayudan? ¿Con qué tipo de recursos cuenta para cubrir las necesidades de su familia? Estos pueden incluir fortalezas de la familia, personal para la atención de los niños, transporte y recursos financieros.

Recomendaciones para la evaluación /Actualizaciones del Equipo:

Formulario D: Información de la determinación de elegibilidad de su niño Página 1 del Formulario D

Para el primer IFSP de su niño(a), se puede completar una evaluación con su niño(a) para determinar elegibilidad, antes o durante la evaluación. La información sobre la elegibilidad se registrará en esta página.

Fecha de la evaluación (si se realizó): Edad cronológica: idioma usado:

Métodos de evaluación: ☐ Pruebas administradas:

☐ Informe de los padres ☐ Observación profesional ☐ Información/fuente colateral:

Resultados sobre evaluación de elegibilidad	Resultados
Usando manos y cuerpo (Destrezas de movimiento Grueso/Fino) Comentarios:	
Comer, Vestirse, y Bañarse (Habilidades de auto-ayuda/adaptantes) Comentarios:	
Expresando y respondiendo a sensaciones y conviviendo con los demás (Social/Emocional) Comentarios:	
Jugando, Pensando, Explorando (Habilidades Académicas/Cognitivas incluyendo destrezas de pre-alfabetización) Comentarios:	
Comprensión y comunicación (Comunicación Receptiva y Expresiva) Comentarios:	

Firmas del equipo de evaluadores

☐ El equipo de determinación de elegibilidad es el mismo que el equipo deevaluación. Vea el Formulario E para las firmas.
☐ El equipo de determinación de elegibilidad es distinto al equipo de evaluación. Firme abajo.

Evaluador: **Disciplina:** **Firma:** _____

Evaluador: **Disciplina:** **Firma:** _____

Evaluador: **Disciplina:** **Firma:** _____

Determinación de elegibilidad

☐ Reúne los requisitos para Early Steps (Parte C: Intervención Temprana) basada en la siguiente:
- ☐ Condición establecida de:
- ☐ Retraso del desarrollo en área(s) de:

☐ No reúne los requisitos para Early Steps (Parte C: Intervención Temprana) según las evaluaciones completadas en este día y el IFSP no necesita efectuarse. El equipo de evaluación hace las siguientes recomendaciones a la familia:

Nombre: Fecha de Nacimiento: Fecha del IFSP:
de Identificación: Coordinador de Servicios:

Formulario E: Información sobre la evaluación de su niño (a)

(Llena el Formulario D Solamente por el IFSP inicial)

Se completó una evaluación del desarrollo con su niño (a) y/o Información sobre evaluación se obtiene continuamente. Esta información nos ayuda a entender las destrezas de desarrollo de su niño (a), así como algunas de las cosas que presentan retos para su niño(a) y que pueden afectar la manera como él/ella participa en las actividades de la familia y de la comunidad.

Fecha de la Evaluación: Edad Cronológica: Idioma usado:

Métodos de Evaluación: ☐ Pruebas administradas:

☐ Informe de los padres: ☐ Observación profesional ☐ Información/fuente colateral:

Resumen del Estado Actual: Capacidades, destrezas, y necesidades

Usando las manos y el cuerpo (Destrezas de movimiento Grueso/Fino)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:

Comer, Vestirse, y Bañarse (Habilidades de auto-ayuda/adaptantes)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:

Expresando y respondiendo a emociones y conviviendo con los demás (Social/Emocional)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:

Jugando, Pensando, Explorando (Habilidades Académicas/Cognitivas incluyendo destrezas de pre-alfabetización)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:

Comprensión y comunicación (Comunicación Receptiva y Expresiva)	
Cosas que nos gustan y cosas que hacemos bien:	Cosas que para las cuales necesitamos ayuda:

Condición de la Visión y del Oído:

Observations/Comments:

Asesor: **Disciplina:** **Firma:** _____

Asesor: **Disciplina:** **Firma:** _____

Asesor: **Disciplina:** **Firma:** _____

Formulario F: Resultados de su familia

RESULTADO #: ¿Qué desearía usted que suceda para su niño y su familia a raíz de los apoyos y servicios de Early Steps?

OBJETIVOS, CRONOGRAMA Y CRITERIOS DE PROGRESO: ¿Cuándo repasaremos el progreso hacia este resultado y cómo notaremos el progreso?

ESTRATEGIAS: ¿Quién va a hacer qué dentro de las rutinas diarias las actividades de su niño(a), y los lugares donde va para alcanzar este resultado?

Add Another Outcome

Nombre: Fecha de Nacimiento: Fecha del IFSP:
de Identificación: Coordinador de Servicios:

G: Los Apoyos y Servicios de su Familia

Servicios autorizados por el equipo del Plan de apoyo familiar individualizado (IFSP, por las siglas en inglés) para ocuparse de los objetivos identificados para la familia/niño.

Fecha	Servicio	# de resultado	Unidades	Frecuencia, Intensidad, Grupo (G) o Individual (I)	Información sobre el Proveedor (Nombre/ Disciplina/Agencia) *Indica el Proveedor de Servicio Primario (PSP)	Código de Localización	Ambiente Natural S / N	Período de Autorización Inicio Fin	Pagador del Servicio

Add Row

Código de Localización 1=Casa 3=Hospital 4=Escuela 5=Centro de Cuidado Infantil 6=Otro 7=Clínica 8=Instalación Residencial 9=Clase Intervención Temprana A=Agencia Comunitaria F=Casa de Cuidado Familiar P=Lugar Público **Código de Servicio (opcional):** Vea el documento de instrucciones para el IFSP

Justificación para Ambiente Natural: Las ayudas y los servicios que se proporcionan a su niño(a) deben proporcionarse en un ambientenatural o típicos para los niños (as) de su edad (ambientes naturales). Si, cómo equipo, decidimos que no podemos proveer un servicio en el ambiente natural, necesitamos explicar como llegamos a esta decisión:

Complete sólo para las sesiones de intervención temprana:
Para los siguientes campo(s) ☐ Motricidad fina ☐ Motricidad gruesa ☐ Comunicación ☐ Cognitivo ☐ Socioemocional
☐ Destrezas de adaptación y autosuficiencia

Las sesiones de intervención temprana son: ☐ Individuales (Código de procedimiento de Medicaid T1027SC or T1027HM)
☐ Grupales (Código de procedimiento de Medicaid T1027TTSC or T1027TTHM)

Código(s) ICD9 Descripción (descripciones) ICD9

Modifcaciones a los servicios
☐ Entiendo que el Formulario G constituye una notificación previa sobre la propuesta de servicios nuevos, modificados o cancelados según se describe anteriormente, y comprendo la(s) razón (razones) por la(s) que se toma(n) esta(s) medida(s).
☐ He recibido una copia y una explicación de mis salvaguardias procesales. *(Resumen de los derechos de la familia)*.
(Firma de Padres/Guardián)_____ Fecha:

Add Box

OTROS SERVICIOS: Además de los servicios del programa Early Steps enumerados anteriormente, usted ha identificado que su hijo y su familia reciben o que les gustaría recibir asistencia para acceder a los siguientes servicios, tales como servicios médicos especializados, o aquellas actividades o servicios que usted elija de forma independiente a aquéllos autorizados por el equipo del IFSP.

Servicio/actividad	Actividades/medidas necesarias	Plazo	Nombre del proveedor/agencia

Nombre: Fecha de Nacimiento: Fecha del IFSP:
de Identificación: Coordinador de Servicios:

Formulario H: Su equipo del plan individualizado de apoyo para la familia

Mi familia y las personas siguientes participaron en el desarrollo de este IFSP y/o ayudarán a implementarlo.

Nombre en letra de molde ** Indica un profesional de cuidados de la salud (LHCP) que proporcione instrucciones y apoyo para especialistas en desarrollo de bebés y niños pequeños (ITDS), si corresponde*	Participante del IFSP (Inicial)	Posición/ Papel	Dirección	Teléfono	Recibe Copia del IFSP (Inicial de la Familia)
		Padres			
		Coordinador de Servicio			
		Proveedor Primario de Servicio			
		Proveedor Primario del Cuidado de Salud			

Add Row

Yo/Nosotros he/hemos recibido lo siguiente:

☐ Copia de Salvaguardias Procesales (*Resumen de los derechos de la familia)* Para La Parte C o Parte B de IDEA, según Corresponde, y estos derechos y salvaguardias me han sido explicados

☐ Copia del folleto de Early Steps con el número de teléfono del Directorio Central (IFSP inicial solamente)

☐ Explicación del procedimiento para solicitar un nuevo coordinador de servicios

☐ Copia del plan individualizado de apoyo para la familia o entiendo/entendemos que me/nos será enviada en un plazo de 15 días.

Autorización con conocimiento de causa por padre o tutor legal:

☐ He participado plenamente en el desarrollo de este plan.

☐ He dado mi permiso para todos los servicios descritos en este Plan Individualizado de Apoyo Familiar (IFSP) que se proveerán tal como está escrito.

☐ No doy permiso para que se proporcione(n) el(los) servicio(s) siguiente(s) como se describen en este IFSP, sin embargo, yo doy permiso para que se proporcione el resto de los servicios descritos en este IFSP:

☐ Doy permiso para que las copias de este plan sean divulgadas al (los) individuo(s) arriba señalado según lo indican iniciales al lado de cada nombre..

_____
Firma/Padre/Guardián Parentesco Fecha

_____
Firma/Padre/Guardián Parentesco Fecha

Nombre: Fecha de Nacimiento: Fecha del IFSP:
de Identificación: Coordinador de Servicios:

Formulario I: Plan de Transición para su Familia

Pasos para la planificación de la transición (marque todas las casillas que correspondan)

1. Notificación:

a. ☐ Se proporcionó el folleto *Understanding Notification* (Entender la notificación). Fecha en que se proporcionó:

b. ☐ La familia optó por excluirse de la notificación. Fecha:

c. ☐ Se proporcionó notificación al distrito escolar. Fecha en que se proporcionó:

2. Opciones de programas:

a. ☐ Se analizaron las opciones de programas disponibles dentro de la comunidad (p. ej., distrito escolar local, *Head Start*, Agencia para personas con discapacidades, otros programas de cuidados tempranos, etc.).

b. ☐ En este momento, la familia está interesada en las siguientes opciones:

3. Remisión:

☐ Con el consentimiento de la familia, se proporcionó un paquete de remisión al distrito escolar y/o a otras agencias y proveedores comunitarios del siguiente modo:

a. Agencia/programa al que se lo remite al niño: Fecha de remisión:

b. Agencia/programa al que se lo remite al niño: Fecha de remisión:

4. Conferencia sobre la transición: Fecha de la conferencia**:**

a. ☐ Se analizaron las inquietudes de la familia relacionadas con la transición. Esas inquietudes se indican a continuación. Si no se presentan inquietudes, indicar "ninguna".

b. ☐ Enumerar las actividades para abordar las inquietudes anteriores, si corresponde.

c. ☐ Se proporcionó información al distrito escolar con respecto a los servicios para niños con discapacidades en etapa anterior al jardín de infantes. Esta información debería incluir el proceso de evaluación/elegibilidad del distrito y el modo en que se desarrolla el Plan Educativo Individual (IEP, por sus siglas en inglés).
Comentario:

d. ☐ Servicios/actividades para respaldar la transición de nuestro hijo en un nuevo ambiente/entorno**:** (Visitas a la agencia/programa, capacitación para padres, problemas de transporte, necesidades tecnológicas de asistencia, inmunizaciones, evaluaciones adicionales requeridas, etc.)

Servicios/actividades	Persona(s) involucrada(s)	Horario(s)

Asistimos a la conferencia sobre la transición y participamos en el desarrollo de este plan de transición. Proporcionamos el consentimiento para los pasos y servicios relacionados con la transición.

_____ _____
Padre/Tutor Padre/Tutor Fecha

Asistimos a la conferencia sobre la transición y participamos en el desarrollo de este plan de transición.

Coordinador del Servicio Miembro del Equipo del IFSP/Cargo Local Distrito Escolar Representante/Cargo

Representante Comunitario/Agencia/Cargo Miembro del Equipo del IFSP/Cargo Otro/Cargo

Nombre: Fecha de Nacimiento: Fecha del IFSP:
de Identificación: Coordinador de Servicios:

Formulario J: El informe periódico del Plan de apoyo familiar individualizado de su familia

Resultado #	Fecha de la Revisión	Describa el progreso / la Modificación (Si estas modificaciones resultan en un cambio de servicio, por favor llene la información del Formulario G)	Estatus (marque uno)
			☐ Resultado alcanzado ☐ Resultado nuevo desarrollado (#) ☐ Resultado continúa ☐ Resultado modificado
			☐ Resultado alcanzado ☐ Resultado nuevo desarrollado (#) ☐ Resultado continúa ☐ Resultado modificado
			☐ Resultado alcanzado ☐ Resultado nuevo desarrollado (#) ☐ Resultado continúa ☐ Resultado modificado
			☐ Resultado alcanzado ☐ Resultado nuevo desarrollado (#) ☐ Resultado continúa ☐ Resultado modificado
			☐ Resultado alcanzado ☐ Resultado nuevo desarrollado (#) ☐ Resultado continúa ☐ Resultado modificado
			☐ Resultado alcanzado ☐ Resultado nuevo desarrollado (#) ☐ Resultado continúa ☐ Resultado modificado

Firmas de los miembros del equipo

Escriba el nombre/credenciales en letra de imprenta ** Indica un profesional de cuidados de la salud (LHCP) que proporcione instrucciones y apoyo para especialistas en desarrollo de bebés y niños pequeños (ITDS), si corresponde*	Firma	Fecha

Service Coordination Workgroup

DATE and TIME:	July 14, 2010	12:00 - 2:00 EDT
CALL IN NUMBER	1-888-808-6959	Code 6254120367
FACILITATOR:	Janice Miller	
NOTES TAKEN BY:	D'Lo Trejo	
LES Representation on the Call:	Bay	X
("X" = LES participated on the call)	Big Bend	X
	Central	X
	Gold Coast	
	Gulf Central	
	North Beaches	X
	North Central	X
	North Dade	X
	Northeastern	X
	Southernmost Coast	
	Southwest	X
	Space Coast	X
	Treasure Coast	X
	West Central	X
	Western Panhandle	X

TOPIC	PRESENTER	RELATED DOCUMENTS/REFERENCES	OUTCOME
Roll Call	Janice Miller		
Review of Notes	Janice Miller	Notes Service Coordination Workgroup Call on June 9, 2010	No changes were made to the minutes from the June 9 Service Coordinator call.
Transfer of Child Record Documents Form	Janice Miller	Final Form	This form is now complete and was included in the ESSO Weekly Memo of July 8. It will also be attached to the July 22 ESSO Weekly because it is final and approved by the Workgroup.
DEI Only IFSP - Clarification on Use Related to Race & Ethnicity	Liza Smith		All Service Coordinators should now be aware of the new race/ethnicity information that must be collected and entered in the Early Steps Data System. While DEI only children are not included in federal reporting, ESSO requires that the new detailed race/ethnicity information be collected for all children, regardless of DEI status. Since the DEI only IFSP does not currently collect this information, it is requested that LESs use the separate Data Collection Form to gather this information from families of DEI only children.
Statewide Meeting Update	Haylie Smith		The Early Steps Statewide Meeting is planned for Sept 29 - Oct 1 at the Walt Disney World HIlton Resort in Orlando. The July 22nd Weekly memo will include the information you need to make hotel reservations. A draft agenda is being developed. ESSO will not be able to provide financial assistance to those attending.
IFSP Form Update	Carol Burch	IFSP Document	The IFSP document has been updated, and new electronic and print versions in English and Spanish will be posted to the Early Steps web site within the next few days (keep checking!). Electronic form glitches within initial updated versions e-mailed in late June and July 1 have been addressed: (1) Header on Forms B - J now pre-populate with the name of the service coordinator; (2) Spacing on Form A allows for additional input before rolling over to next line/page; (3) Form G "Add Box" for additional Service Modifications" no longer results in error message. In addition, based on input received from the field, all electronic and print versions have had the word "your" removed from the bottom of Form B in order to encourage use of that space for recording additional helpful information about the child received from any medical or other provider. All updated forms have "Rev. 7/09/2010" in the bottom right hand corner. Older versions marked "Rev. 7/2010" may still be used, or information already collected may be cut and pasted in the new form for later convenience when updating for periodic or annual reviews. Note that Creole translations are still in process.
Tips From the Field	Terry Hoover		The first 5 modules of Service Coordinator training are in the final review process, and it is expected that they will be ready to pilot by early August. The developers of the training would like to include helpful hints or tips for Service Coordinators. Think back to the time when you were a brand new Service Coordinator... What tips do you wish someone had shared with you? Please send any Service Coordinator tips or helpful hints to Liza Smith by Tuesday, July 20. Liza's email: liza_smith@doh.state.fl.us.

Added Agenda Item - Notification Brochure	Carol Burch/Carole West		Spanish version of the notification brochure has been completed and is now been posted to the Early Steps website.
Added Agenda Item - Best way to Communicate Announcement of Service Coordinator Workgroup Conference Call	Janice Miller		Participants requested that in addition to being posted in the ESSO Weekly Memo, announcements about the Service Coordinator Workgroup Conference Call should be sent to the email listing of participants.
Next Call			August 11 from 12:00 - 2:00 EDT. Same conference call number and code as identified above.