

NYC PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA UNA EVALUACION

EI ID No. del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento del Niño(a) DOB: ___/___/___

Nombre del Niño(a): _____
Apellido Nombre

Fecha del referido: ___/___/___

Estimada Oficial Designada de Intervención Temprana:

Yo autorizo la evaluación de mi hijo(a) Los Niños Services, Inc.
Nombre de la Agencia

Para posibles servicios de intervención temprana. Yo entiendo que algunas personas participarán en el proceso de determinar si mi hijo(a) sera elegible para estos servicios. Yo también comprendo que esta agencia coordinará el proceso de evaluaciones y que solo esta agencia está autorizada para hacer una evaluación de intervención temprana.

Yo he sido informado(a) que participaré en la evaluación de mi hijo(a) y en el Plan de Servicios de la Familia, que recibiré los resultados de todas las evaluaciones y también que una copia de todas las evaluaciones se le enviará al programa de intervención temprana de NYC para asistir en la determinación de los servicios que se necesiten.

Firma del Padre/Guardián

Date: ___/___/___

Firma del Representante de la Agencia

Date: ___/___/___

Si es applicable, marque abajo:

- Nosotros hemos explicado al padre o guardian que tenemos una lista de espera y que posiblemente no estaremos disponibles para completer en un tiempo suficiente para la conferencia de IFSP dentro de los 45 días despues de la fecha del referido.

Firma del Representante de la Agencia

NOTA: Es todavía necesario para el coordinador inicial pedir al padre que firme la **Forma Razón del Retraso de la Completación de la Evaluación (Reason for Delay of Evaluation Completion Form)**, si el padre, despues de discutir otras opciones, elige esperar a esta agencia.