



**AVISO DE ACCIÓN/CONSENTIMIENTO DURANTE EL COVID-19**

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ
-----------------	----------------------	--------------------------

**INSTRUCCIONES**

Se debe proporcionar notificación previa por escrito a los padres de niños inscritos en First Steps (Primeros Pasos) y se debe obtener autorización por escrito de los padres antes de tomar ciertas medidas: El padre debe firmar y poner fecha al formulario y devolverlo al Coordinador de servicios. La información de contacto del Coordinador de servicios se incluye en la parte de abajo.

**Sección 1: Evaluación y valoración**

Acción propuesta	Motivo de la acción	Aceptar	Rechazar
Prueba/ Evaluación Inicial del niño	Para realizar una evaluación del niño para determinar la elegibilidad para entrar a First Steps (Primeros Pasos), a menos que sus expedientes médicos u otros confirman la elegibilidad; y, Para un niño elegible, para realizar una evaluación inicial del niño para preparar un Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP por sus siglas en inglés). <b>NOTA: No se grabará o se duplicará ni se publicará la sesión de evaluación y no se harán copias de los materiales. El evaluador no puede usar habilidades de grabación para grabar en vivo cuando se administra la prueba.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación en curso del niño		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 2: Servicios de Intervención Temprana (El por sus siglas en inglés)**

**Acción propuesta**

- Inicio de servicios de Intervención Temprana       Descontinuar los servicios de Intervención Temprana a petición del equipo IFSP
- Cambios en servicios de Intervención Temprana

Tipo de servicio	Motivo de la acción	Aceptar	Rechazar
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONSENTIMIENTO**

Sé de los servicios disponibles para mi hijo y para mi familia.  
 Comprendo que debo dar mi consentimiento antes de que las acciones aceptadas se puedan proporcionar a mi hijo y a mi familia. También comprendo que mi hijo y mi familia no recibirá ningún servicio que yo rechace.

FIRMA DEL PADRE/MADRE:	FECHA DE LA FIRMA DEL PADRE/MADRE
------------------------	-----------------------------------

NOMBRE ESCRITO DEL PADRE/MADRE

**COORDINADOR DE SERVICIOS**

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL COORDINADOR DE SERVICIOS	NÚMERO DE TELÉFONO DEL COORDINADOR DE SERVICIOS
---	---

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL ORGANISMO	FECHA EN QUE RECIBE LA AGENCIA
---------------------------------------	--------------------------------

Con esta notificación se incluye una copia de la Declaración de derechos de los padres.

Los programas y actividades del Departamento de Educación Primaria y Secundaria no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Las preguntas sobre los programas del Departamento y la ubicación de los servicios, actividades e instalaciones accesibles para personas con alguna discapacidad pueden dirigirse a Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6<sup>th</sup> Floor, 205 Jefferson Street, P.O. (Oficinas del Gobierno Estatal de Jefferson, Oficina del Consejero General, Coordinador del Cumplimiento de los Derechos Civiles; Título VI/Título IX/504/ADA/Ley de la Edad) Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; número de teléfono 573-526-4757 o TTY 800-735-2966; correo electrónico [civilrights@dese.mo.gov](mailto:civilrights@dese.mo.gov).