Ventura County Early Start Program

Programa de Servicios de Intervención Temprana del Condado de Ventura

INDIVIDUALIZED FAMILY SERVICE PLAN

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS FAMILIAR

IDENTIFYING INFORMATION (*INFORMACION*)

Child's name / *Nombre* _____ Male _____ Female _____
First (*primer*) Middle (segundo) Last (*apellido*) (*masculino*) (*femenino*)

SS# _____ Birth date (*fecha de nacimiento*) _____

Home language (*Idioma usado en casa*) _____ Interpreter needed? (¿*Necesita interprete*?) ☐ yes (*sí*) ☐ no

Translated IFSP needed? (¿*Necesita traducción del plan*?) ☐ yes (*sí*) ☐ no Language (*idioma*)_____

Parent/Guardian (*padre/tutor*)_____

Street address (*dirección*)_____

Mailing address (*domicilio*)_____

Home phone (*teléfono*) _____ Work phone_____Message phone_____
(*de casa*) (*del trabajo*) (*para mensajes*)

IFSP TYPE: (*tipo de plan*)

☐ Initial (*inicial*) ☐ Transition Planning (*planeamiento de transición*) This IFSP meeting (*esta reunión*) _____

☐ Annual IFSP (*plan anual*) ☐ Periodic Review (*revisión periódica*) Projected review (*revisión*) _____

☐ Semi-Annual ☐ Final [6 months or before] (*6 meses o antes*)

Projected annual review_____
(*revisión annual proyectada*)

Service Coordinator _____Agency _____ Case Number _____
(*cordinador/a de servicios*) (*agencia*) (*número de caso*)

Summary of early intervention services (RS=required service; NRS=Non required service; O=Other services)
Resumen de los servicios de intervención temprana (RS=servicios requeridos, NRS=servicios no requeridos, O=otros servicios)

Service or Activity [Designate type of service] (*servicio o actividad-designar un tipo*)	Frequency & Amount Intensity (*frecuencia y cantidad-Intensidad*)	Individual or group (*individuo o grupo*)	Agency and/or Provider (*agencia y/o proveedor*)	Start/end Dates (*fechas de comienzo/ fin*)	Location * (*localidad*)	Funding source (*origen de financiamiento*)

*Justification if not in natural environment (*Justifique el porqué de no en un ambiente natural*) _____