

**CHILD AND FAMILY CONNECTIONS**  
**RENUNCIA DE AVISO PREVIO ESCRITO**

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año): \_\_\_\_\_ CBO/EI #: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 1: COMPLETADA POR EL COORDINADOR DE SERVICIOS**

Yo certifico que profesionales de dos o más disciplinas (1) revisaron toda la información aplicable y disponible sobre el desarrollo y, si es apropiado, el historial médico, (2) o realizaron evaluaciones del desarrollo o revisaron evaluaciones ya existentes y *actuales* del desarrollo, y (3) concuerdan en una recomendación en cuanto a la elegibilidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Coordinador de Servicios

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Según los hallazgos del equipo de evaluadores y conforme a la política de la Oficina de Intervención Temprana, este(a) niño(a):**

**SÍ satisface/sigue satisfaciendo los requisitos de elegibilidad**

Si los requisitos están satisfechos, se han establecido el(los) siguiente(s) criterio(s):

- Un retraso en el desarrollo del nivel requerido (el 30% o más en un área o más),
  - Medido por instrumentos diagnósticos y procedimientos estándares, aprobados por el Departamento; o
  - Confirmado mediante el juicio clínico informado de personal cualificado y basado en la evaluación multidisciplinaria si no se puede examinar apropiada y exactamente al niño con las medidas estandarizadas disponibles.
- Una condición física o mental que típicamente produce (un) retraso(s) en el desarrollo; y/o
- El riesgo de (un) retraso(s) en el desarrollo significativo(s), según la opinión clínica informada.
  - A uno de **los** padres se le ha diagnosticado una condición médica definida por el Departamento como requisito de elegibilidad, y/o
  - Se han **satisfecho** tres o más de las condiciones de riesgo definidas por el Departamento.

**SECCIÓN 2: REPASADA CON, COMPLETADA Y FIRMADA POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL**

EN EL CASO DE **ELEGIBILIDAD**: OBTENER LAS INICIALES Y LA FIRMA DEL PADRE, MADRE, O TUTOR LEGAL:

1. Se me han explicado suficientemente los resultados de la evaluación. \_\_\_\_\_ Iniciales
2. Me siento cómodo(a) en este momento con el grado de mi comprensión de todas las áreas del desarrollo de mi hijo(a). \_\_\_\_\_ Iniciales
3. Comprendo que yo no tengo que desarrollar el Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP) de mi hijo. \_\_\_\_\_ Iniciales
4. Comprendo que si decido programar para otro día la reunión del desarrollo del IFSP, no comprometeré ningún servicio o apoyo cubierto de Intervención Temprana (E.I.) que pueda necesitar mi hijo(a) o mi familia. \_\_\_\_\_ Iniciales

Al firmar a continuación, renuncio mi derecho al aviso escrito previo a la determinación de elegibilidad y el desarrollo del IFSP, incluida la determinación de servicios y apoyos de intervención temprana apropiados. Comprendo que tengo el derecho de disputar la determinación de servicios/apoyos identificados en el IFSP y que puedo hallar información sobre el proceso de disputar en el folleto (en inglés) *State of Illinois Infant/Toddler & Family Rights under IDEA for the Early Intervention System*.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/tutor legal en letra sencilla

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha