

CHILD AND FAMILY CONNECTIONS
RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISOS

Apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño (Mes/Día/Año): _____

Número de CBO/EI: _____

CFC proveerá una copia inicial de los siguientes avisos a la entrada al Programa de Intervención Temprana:

- *Aviso del Sistema de Pagos y Cuotas*
- *Aviso de prácticas de confidencialidad*
- *Hoja de información sobre el Programa de Cuotas de Participación Familiar*
- *Los derechos de bebés, niños pequeños y sus familias en el Estado de Illinois bajo la Ley IDEA para el Sistema de Intervención Temprana*

Además del recibo inicial a la hora de entrada al Programa de Intervención Temprana, el Programa provee copias adicionales a diversos intervalos. Los recibos posteriores se registran en la sección del Registro Subsiguiente.

Yo he recibido una copia inicial del *Aviso del Sistema de Pagos y Cuota*, el *Aviso de prácticas de confidencialidad*, la *Hoja de datos sobre el Programa de Cuotas de Participación Familiar* y el folleto *Los derechos de bebés, niños pequeños y sus familias en el Estado de Illinois bajo la Ley IDEA para el Sistema de Intervención Temprana* al momento de entrada al Programa de Intervención Temprana.

No he recibido ninguna copia inicial del *Aviso del Sistema de Pagos y Cuota*, el *Aviso de prácticas de confidencialidad*, la *Hoja de datos sobre el Programa de Cuotas de Participación Familiar* ni el folleto *Los derechos de bebés, niños pequeños y sus familias en el Estado de Illinois bajo la Ley IDEA para el Sistema de Intervención Temprana* al momento de entrada al Programa de Intervención Temprana.

Nombre del padre o tutor legal en letra sencilla: _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

Registro Subsiguiente

Complete las áreas adjuntas y apunte el formulario apropiado, cada vez que se proveen a la familia copias adicionales. Indique el (los) aviso(s) provisto(s) y la fecha, y obtenga la firma del padre, madre o tutor legal cada vez que se proveen a la familia copias adicionales. Haga una copia de la segunda página si es necesario y adjúntela con el original.

Aviso(s) Recibido(s):

Apunte todos que se proveyeron en esta fecha _____

Nombre del padre o tutor legal en letra sencilla: _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

Aviso(s) Recibido(s):

Apunte todos que se proveyeron en esta fecha _____

Nombre del padre o tutor legal en letra sencilla: _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

Aviso(s) Recibido(s):

Apunte todos que se proveyeron en esta fecha _____

Nombre del padre o tutor legal en letra sencilla: _____

Firma del padre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma de testigo: _____

Fecha: _____

Aviso(s) Recibido(s):

Apunte todos que se proveyeron en esta fecha _____

Nombre del padre o tutor legal en letra sencilla: _____

Firma del padre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma de testigo: _____

Fecha: _____

Aviso(s) Recibido(s):

Apunte todos que se proveyeron en esta fecha _____

Nombre del padre o tutor legal en letra sencilla: _____

Firma del padre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma de testigo: _____

Fecha: _____

Aviso(s) Recibido(s):

Apunte todos que se proveyeron en esta fecha _____

Nombre del padre o tutor legal en letra sencilla: _____

Firma del padre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma de testigo: _____

Fecha: _____

Aviso(s) Recibido(s):

Apunte todos que se proveyeron en esta fecha _____

Nombre del padre o tutor legal en letra sencilla: _____

Firma del padre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma de testigo: _____

Fecha: _____

Aviso(s) Recibido(s):

Apunte todos que se proveyeron en esta fecha _____

Nombre del padre o tutor legal en letra sencilla: _____

Firma del padre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma de testigo: _____

Fecha: _____

Bajo las provisiones de la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades de Desarrollo de Illinois, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, 20 USC 1232g, y *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996, la información recogida por la presente no puede compartirse nuevamente a menos que la persona que dio la presente autorización dé su consentimiento específico para tal acción o la misma sea permitida por la ley.