



**INFORME DE MONITOREO ADICIONAL ESPECIALIZADO DE
COORDINACIÓN DE SERVICIO INDEPENDIENTE (ISC)**

Proveedor: _____

Fecha de la Visita: _____

Dirección del Sitio: _____

Hora de la Visita: _____

Individuos: _____

Nombres del
Personal del
Proveedor: _____

I. Problemas Identificados:

II. Observaciones durante la Visita/Problemas/Comentarios Generales: (Detalle lo que fue observado señalando las acciones positivas así como las áreas que necesitan seguimiento).



**INFORME DE MONITOREO ADICIONAL ESPECIALIZADO DE
COORDINACIÓN DE SERVICIO INDEPENDIENTE (ISC)**

III. Diálogo/Contacto: (Detalle cualquier diálogo o contacto con individuos o personal. Por favor, escriba los nombres de los individuos/el personal en la parte de abajo).

Individuo(s): _____

Personal del Proveedor/Persona(s) de Apoyo: _____

Detalles del Diálogo:

IV. Acciones de Seguimiento: (Detalle qué medidas serán tomadas por el proveedor. Identifique qué personal del proveedor será responsable y el margen de tiempo del seguimiento para que sea completado).

Informe completado por:

Nombre y Título en Letras de Imprenta Firma Fecha

cc: División de Discapacidades del Desarrollo
 Agencia Provedora