# Declaración de elegibilidad – Intervención temprana

**afección física o mental que posiblemente resulte en un**

**retraso en el desarrollo**

Nombre del menor:
Fecha de nacimiento:

Programa:
Distrito del residente:

***El equipo ha obtenido el siguiente requisito:***

Una declaración de la afección médica que documenta que el niño tiene una afección física o mental diagnosticada que posiblemente resulte en un retraso en el desarrollo (formulario 581-5150D-X):

 Médico/Asistente de Médico/Enfermera Practicante Fecha

***El equipo ha determinado que el niño cumple con los siguientes criterios:***

 [ ]  [ ]  1. El niño tiene una afección física o mental que posiblemente resultará en un retraso en el desarrollo,

 Sí no como se describe a continuación:

El equipo acuerda que este niño \_\_\_\_\_ califica \_\_\_\_\_ no califica para recibir servicios de intervención temprana.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firmas de los miembros del equipo** |  | **Título/Agencia** | **De acuerdo** | **En desacuerdo** |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |

El médico ha indicado que este niño tiene:

🞏 Deficiencia visual

🞏 Problema auditivo o hipoacusia

🞏 Deficiencia ortopédica

🞏 Se proporciona a los padres una copia del informe de evaluación y de la declaración de elegibilidad.