



Advocates for Children of New York
Protecting every child's right to learn



Intervención Temprana

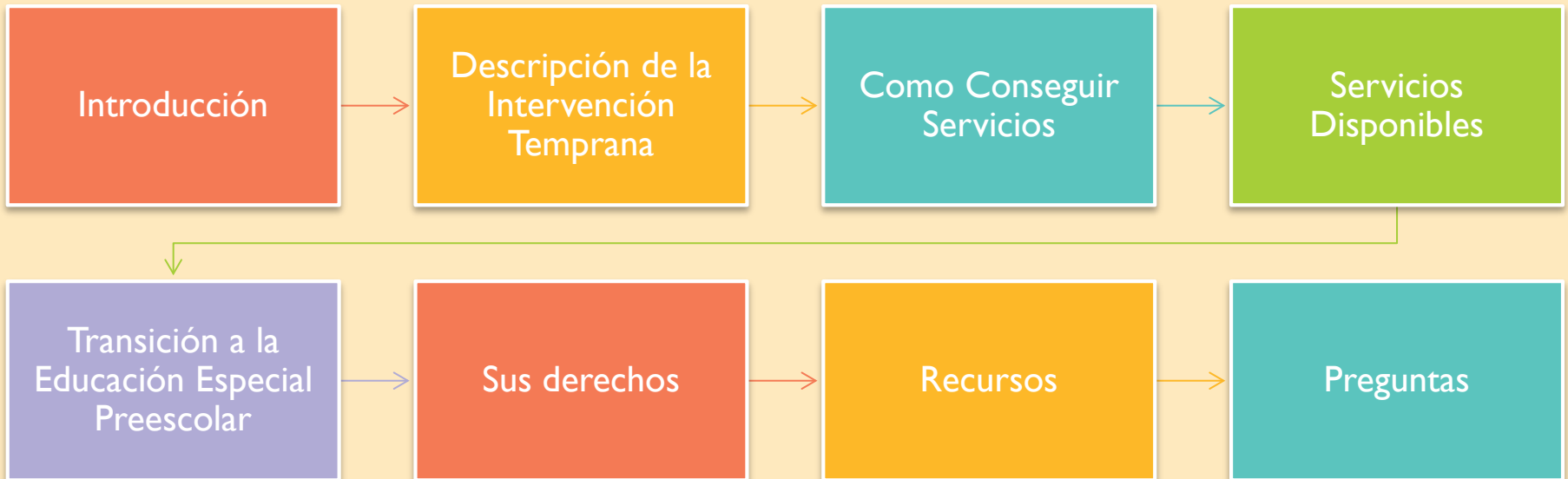


Noviembre 2025



Agenda

2



Advocates for Children es una agencia independiente que protege los derechos de todos los estudiantes de la ciudad de Nueva York.



Línea de ayuda: **1-866-427-6033**
(Lunes a jueves, 10am – 4pm)



Servicios legales gratuitos para familias de bajos ingresos



Guías y recursos:
www.advocatesforchildren.org



Talleres y capacitaciones



Defensa de políticas y litigios de impacto sistémico



Together Growing Strong –

Juntos Floreceemos



Juntos Floreceemos es una asociación comunitaria dedicada a apoyar a los niños desde el nacimiento hasta los siete años y a sus familias en Sunset Park.

PROGRAMA JUNTOS FLORECEMOS TGS CARE

C: BASADA EN LA COMUNIDAD
A: ACTIVIDADES
R: RECURSOS
E: EDUCACIÓN

**REGÍSTRESE EN EL PROGRAMA DE JUNTOS FLORECEMOS TGS
CARE PARA RECIBIR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

- › Grupos de Juego
- › Hora de Cuento
- › Colecta de Juguetes Navideños
- › Serie: Listos para Kindergarten
- › Talleres virtuales y presenciales
- › Consejos semanales para padres y cuidadores
- › Eventos de intercambio comunitario
- › Despensa de alimentos

¡ÚNASE A NUESTRO GRUPO PRIVADO DE FACEBOOK
donde podrá conocer a otros cuidadores y recibir actualizaciones del programa!



Escanee este código
o envíe un mensaje de texto
con "TGS" al (646) 530-5488 o
(646) 530-5461 para inscribirse!

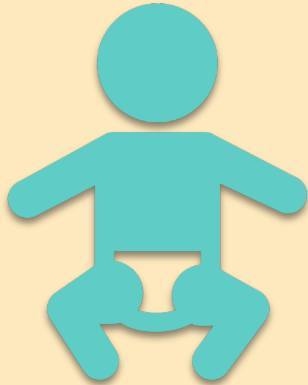
Juntos Floreceemos es una asociación entre los Centros de Salud de Familia de NYU Langone, la Facultad de Medicina NYU Grossman y el Hospital NYU Langone de Brooklyn.





¿Qué es la Intervención Temprana?

5



Programa gratuito centrado en la familia que brinda servicios a bebés y niños pequeños con retrasos en el desarrollo y discapacidades

Dirigido por el Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York (DOHMH, por sus siglas en inglés)



Trivia

Solo un pediatra puede decirle si un niño necesita servicios de Intervención Temprana.



Verdadero o Falso

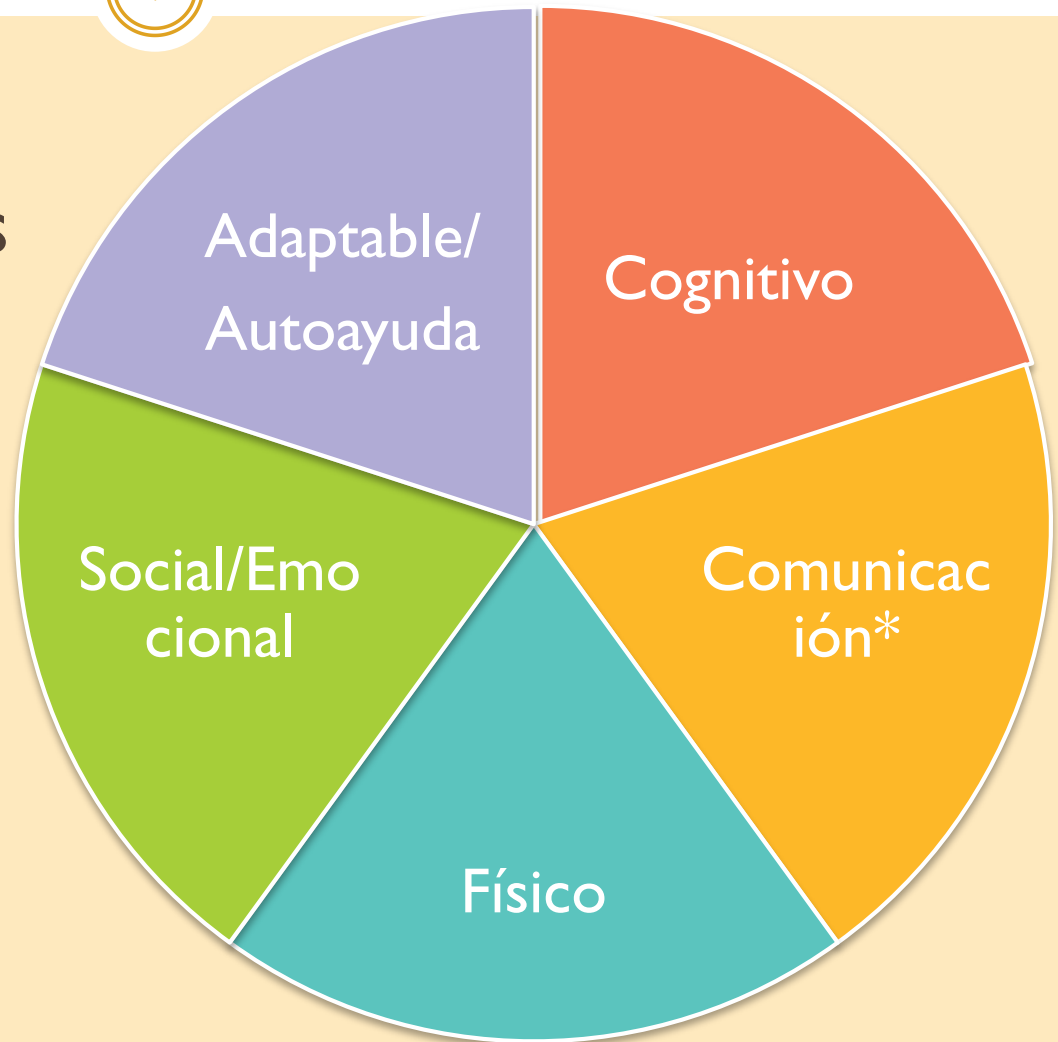


¿Quién es elegible?

7

Un niño desde el nacimiento hasta los tres años que tiene:
Retardo en 1 o más áreas:

12 meses o
33% en 1
25% en 2





¿Quién es elegible?

8

... o un diagnóstico que pueda conducir a un retraso en el desarrollo

Síndrome de Down

Parálisis cerebral

Trastornos genéticos



[Lista de Diagnósticos Elegibles](#)



Proceso de Intervención Temprana

9





Paso 1: La Remisión

10

QUIÉN

Los padres

Profesionales como
médicos, enfermeras,
personal de guarderías y
refugios

CÓMO

Llamando al 311

Portal de Referencia:
nyc.gov/health/ei-referral



Paso 2: Reunión con el Coordinador de Servicios



Informar a los padres de sus derechos

Discutir el proceso de evaluación

Ayudar a elegir un evaluador y programar una cita

Explicar que servicios son gratuitos

Hablar sobre el seguro médico y Medicaid

Explicar el Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP)



Paso 3: Proceso de evaluación

12

Las evaluaciones deben ser realizadas por al menos dos profesionales y deben incluir:

Evaluación del
niño en todas las
áreas del
desarrollo

Evaluación de la
salud

Entrevista con los
padres

Revisión de
documentos

Evaluación
Voluntaria de la
Familia

Prioridades,
recursos y
preocupaciones
de la familia

Evaluación de
transporte



¿Preguntas?

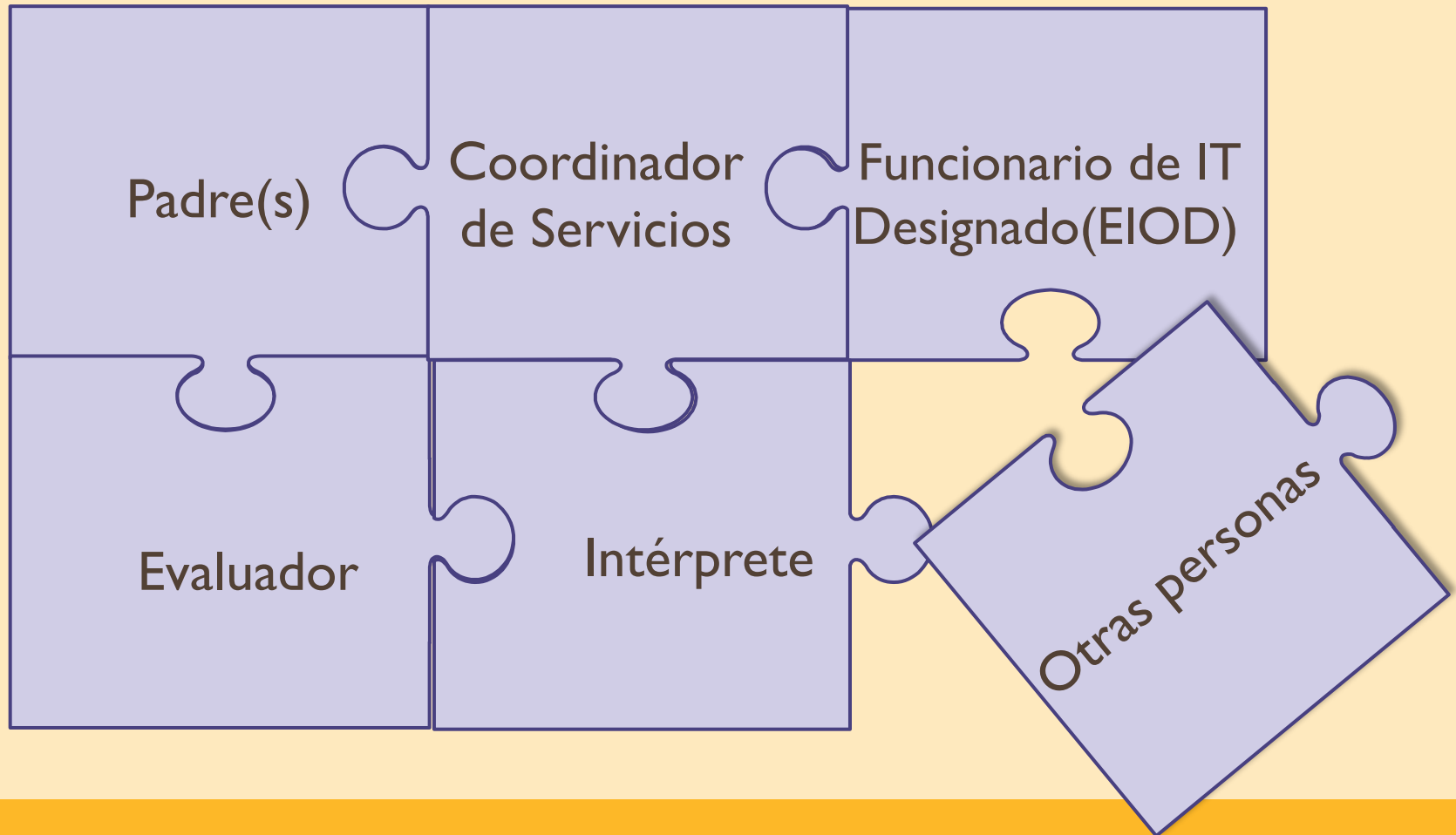




Paso 4: Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)

14

El equipo del IFSP debe incluir:





Paso 4: Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP)

15

Niveles actuales
de
funcionamiento

Servicios, incluida
la frecuencia, la
duración y la
fecha de inicio

Ubicación de los
servicios

Resultados y
objetivos

Transporte

EI IFSP

INDIVIDUAL IDENTIFYING INFORMATION (Page 1)

Child's Name: (Last) _____ (First) _____
EI #: _____ DOB: ____/____/____
Today's Date: ____/____/____ Gender: [] M [] F

IFSP meeting held within
45 days? [] YES [] NO
(If no, verify reason for
delay on Transmittal Form)

IFSP Meeting (check as appropriate): ☐ Interim ☐ Initial ☐ 6 month ☐ 12 Month ☐ 18 Month ☐ 24 Month ☐ 30 Month ☐ 36 Month ☐ Amended
(If this is an Amendment meeting, check *amended* and the IFSP period) ☐ Transition Conference ☐ Transition Plan (check the transition conf./plan box and the IFSP period)
Date of Initial IFSP : ____/____/____ At initial IFSP, write effective dates: 6 Month Review: ____/____/____ Annual IFSP: ____/____/____

Mother's/Guardian's Name: _____ Father's/Guardian's Name: _____
Child's Address: _____ Apt. # _____
(Street) (Borough/City)
Home Phone #: (____) _____ Alternate Phone #: (____) _____ Cell Phone #: (____) _____

Tipo y fecha de la
reunión

Is child in foster care: () No () Yes **If yes, please fill out the following information:**

Foster Parent/Surrogate's Name: _____ Agency: _____ Caseworker's Name: _____

Agency Address: _____ Phone #: (____) _____
Fax #: (____) _____

Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Not Hispanic **Race:** ☐ White ☐ Black ☐ Native American or Alaskan ☐ Asian ☐ Native Hawaiian/ Other Pacific Islander
NOTE: More than one racial category can be checked.

IFSP Participants:

Print Name:

Agency:

Signature:

☐ Parent ☐ Legal Guardian ☐ Foster Parent

☐ Early Intervention Official Designee

☐ Initial SC ☐ Ongoing SC ID #: _____ Phone #: (____) _____

☐ Evaluator ☐ Interventionist

☐ Other

Participantes en la reunión

Health/ Medical Information

Diagnosis:

Medical Alerts:

INDIVIDUALIZED FAMILY SERVICE PLAN (Page 2)
CURRENT DEVELOPMENT, and FAMILY CONCERNS

Child's Name: (Last) _____ (First) _____
EI #: _____ DOB: ____/____/____ Today's Date: ____/____/____

Concerns: What my (parent) concerns are: (Provide example(s) of how daily routines are affected/ when this concern is most noticeable to the parent/family.)

Motor: Ability to get around- gross motor (ex: sitting, rolling, standing, crawling, walking), handling small objects- fine motor, sensory skills) hearing, vision.

Parent Concern: ☐ I have no concerns in this area at this time. ☐ Parent is concerned about this area of development (provide examples):

MDE Results: ☐ There are no concerns at this time; the child is developing typically in this domain. ☐ The evaluation results indicate concerns (Concern in attached MDE Summary):

Adaptive: Sucking, eating solid foods, drinking from a cup. Sleeping, dressing, toileting.)

Parent Concern: ☐ I have no concerns in this area at this time. ☐ Parent is concerned about this area of development (provide examples):

MDE Results: ☐ There are no concerns at this time; the child is developing typically in this domain. ☐ The evaluation results indicate concerns (Concern in attached MDE Summary):

Communication: Understanding what is being said, using sounds, words or gestures to let others know what he/she needs.

Parent Concern: ☐ I have no concerns in this area at this time. ☐ Parent is concerned about this area of development (provide examples):

MDE Results: ☐ There are no concerns at this time; the child is developing typically in this domain. ☐ The evaluation results indicate concerns (Concern in attached MDE Summary):

Cognitive: Thinking, Learning, Using Toys, Paying Attention, Controlling Environment

Parent Concern: ☐ I have no concerns in this area at this time. ☐ Parent is concerned about this area of development (provide examples):

MDE Results: ☐ There are no concerns at this time; the child is developing typically in this domain. ☐ The evaluation results indicate concerns (Concern in attached MDE Summary):

Social Emotional: Relating to and getting along with adults and children, getting used to new places and expressing emotions (self-calming)

Parent Concern: ☐ I have no concerns in this area at this time. ☐ Parent is concerned about this area of development (provide examples):

MDE Results: ☐ There are no concerns at this time; the child is developing typically in this domain. ☐ The evaluation results indicate concerns (Concern attached in MDE Summary):

Preocupaciones de los
padres y resultados de la
evaluación

INDIVIDUALIZED FAMILY SERVICE PLAN
DAILY ROUTINES, PARENT PRIORITIES and RESOURCES (Page 3)

Child's Name: (Last) _____ (First) _____
EI #: _____ DOB: ____/____/____
Today's Date: ____/____/____

When early intervention services are provided in places where your family typically lives, learns and plays, (family's daily routine/natural environment), progress is made more quickly. Young children learn best by socializing and playing with people they are close to (parents, family members, babysitters, childcare workers, and other children), and in places they know and like. The questions on this page will help families identify natural learning opportunities throughout the child's day and, how interventions can be made a part of your daily activities.

Priorities:

1. Based on our conversation, which of your child's daily routines and activities would you like Early Intervention to help you work with your child on (ex: **At home:** bath time, meal time, naps, dressing/ **Outside:** Shopping, attending childcare, visiting friends or family **Events:** Family get-togethers/ Places parent and child go together)?
2. Based on your answer(s) to the last question, which concern(s) would you like Early Intervention to focus on (if more than one, list them in order of priority)?

Resources: (This Section must be filled out by the ISC with the parent/guardian before the IFSP meeting)

1. Where does your child spend most of his/her time during a typical day? (Some of these places may be possible sites for early intervention activities)
☐ *Daycare/ Child Care Program/ Babysitter ☐ At home ☐ Other _____

If child attends Daycare/ Child Care Program/ Babysitter, please fill out the following:

Name of caregiver, or program: _____

Address _____

Phone #: (____) _____

2. If your child is not in a Daycare/ Child Care Program/ Babysitter who assists you with childcare? ☐ Grandparent ☐ Friend ☐ Other _____
3. What language does your child hear most of the day? _____

**INDIVIDUALIZED FAMILY SERVICE PLAN
FUNCTIONAL OUTCOMES (Page 4)**

Child's Name: (Last) _____ (First) _____ EI #: _____

DOB: / / Today's Date: / / Date of Review: / /

Functional Outcome: A practical result that your child will gain as a result of Early Intervention supports and services in the next 6 months

Note: Outcomes are not discipline specific. Interventionist must work together on all outcomes identified in the IFSP.

1. Functional Outcome:

Objectives: Short term goals that should be achieved in order for the child to reach the functional outcome:

Six Month Review: Will this outcome:

☐ Continue ☐ Be Revised (Complete new outcome page) ☐ Discontinue

Progress Note Dates:

3. Functional Outcome:

Objectives: Short term goals that should be achieved in order for the child to reach the functional outcome:

Six Month Review: Will this outcome:

☐ Continue ☐ Be Revised (Complete new outcome page) ☐ Discontinue

Progress Note Dates:

2. Functional Outcome:

Objectives: Short term goals that should be achieved in order for the child to reach the functional outcome:

Metas y objetivos

Six Month Review: Will this outcome:

☐ Continue ☐ Be Revised (Complete new outcome page) ☐ Discontinue

Progress Note Dates:

4. Functional Outcome:

Objectives: Short term goals that should be achieved in order for the child to reach the functional outcome:

Six Month Review: Will this outcome:

☐ Continue ☐ Be Revised (Complete new outcome page) ☐ Discontinue

Progress Note Dates:

Signature of Person Completing ☐ 6 ☐ 18 ☐ 30 mo Review

Signature of Parent/Guardian (at Review)

Signature and Stamp of EIOD (at Review)

**INDIVIDUALIZED FAMILY SERVICE PLAN
SERVICE AUTHORIZATION FORM Page 5a**

CHILD INFO: Child's Name: (Last) _____ (First) _____
(Middle) _____ EI #: _____ DOB: ____/____/____
Effective Date of IFSP: ____/____/____ End Date of IFSP: ____/____/____

TYPE OF IFSP

☐ Interim ☐ Initial
☐ 6 Month
____6____18____30
☐ Annual
____12____24____36
☐ Amendment to IFSP
Dated: ____/____/____

PROVIDER INFORMATION (USE ONE SHEET PER SERVICE PROVIDER)

PROVIDER NAME: _____
PROVIDER EI #: _____
CONTACT PERSON: _____
CONTACT PERSON'S PHONE: (____) _____
CONTACT PERSON'S FAX: (____) _____
SC: _____ SC #: _____
PHONE: (____) _____ FAX: (____) _____

Service Provider not identified at time of IFSP for the following services (Pending):

Service Type: _____ Frequency/ Duration Authorized: _____
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
OSC will identify provider by ____/____/____
NOTE: OSC must contact EI/OD if provider is not identified within two weeks

EIOD Name _____ DATE: ____/____/____

EIOD Signature:

Private Insurance Name (Do not write Child Health Plus)

Insurance Company Name: _____
Policy Holder Name: _____ DOB: ____/____/____
Relationship to Child: _____ Policy #: _____
Group Name: _____ Group #: _____
Effective Date: ____/____/____

NOTE: The Service Authorization Form is only valid if signed by the EIOD. A separate Service Authorization Form must be completed for each service provider.

Insurance Information must be completed and updated at each IFSP, including amendments. If the child is enrolled in a Medicaid Managed Care Plan, include child's Medicaid number, as well as insurance Company Information.

Child Medicaid Eligible: ☐ Yes ☐ No

Child's Medicaid OR CIN #: ____/____/____/____/____/____/____/____
Ltr / Ltr / # / # / # / # / # / Ltr

1: SERVICE TYPE Use code letters for Service, Method and Location (See back for KEY)	2: Method	3: Location	4: Begin Date	5: End Date	6: Min per visit	7: Days per week	8: Weeks	9: Units	10: Waiver Code(s)	11: Status	Provider Instructions												
											12: Bilingual Request?	13: Prescription Needed?											
1: TYPE SVC Code Letter	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Waiver Code(s)	Initial Start date: _____ <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> END	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Nursing											
2: TYPE SVC Code Letter	<div style="background-color: yellow; border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> Recomendación, frecuencia y ubicación del servicio </div>																						
3: TYPE SVC Code Letter													_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Waiver Code(s)	Initial Start date: _____ <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> END	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Nursing
4: TYPE SVC Code Letter													_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Waiver Code(s)	Initial Start date: _____ <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> END	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Nursing
5: TYPE SVC Code Letter	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Waiver Code(s)	Initial Start date: _____ <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> END	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Nursing											

Data Entry Name: _____

Date: ____/____/____

INDIVIDUALIZED FAMILY SERVICE PLAN
Transition Plan (Page 7b)

Child's Name: (Last) _____ (First) _____
EI #: _____ DOB: ____/____/____
Today's Date: ____/____/____ Child's Age: _____

TRANSITION PLAN:

1. What types of setting/services are being considered? Discuss various options for programs and/or services when the child exits EI, such as home, Early Head Start, Head Start, child care, private preschool, play group, preschool special education programs and services through CPSE, OMRDD, etc. **At this time we are interested in the following options:**

2. Date by which steps to prepare the child and family to adjust to a new setting should begin ____/____/____
(6 mo. prior to discharge or when child is leaving EI before his/her third birthday)

3. Describe steps to be taken to ensure a smooth transition? (Visit Early Head Start, day care centers, private preschools, etc.)

4. Who will assist?

Planificación de la transición

My child is leaving EI before the third birthday for the following reason(s): _____.

I am aware that I may re-refer my child to EI before his/her third birthday if I have concerns about his/her development.

I am aware that I can refer my child to CPSE after his/her third birthday if I have concerns about his/her development.

Parent's Signature _____ **Date** ____/____/____

NOTE: Update this section at every IFSP meeting.

Notification sent to the CPSE on: ____/____/____

Transition conference was held on: ____/____/____

Child was referred to the CPSE on: ____/____/____

CPSE meeting is scheduled for: ____/____/____

CPSE meeting was held on: ____/____/____

Child was found **eligible** for preschool special education programs and services.

Last day of EI services: ____/____/____

Projected date of preschool services: ____/____/____

Child was found **not eligible**. Last day of EI services: ____/____/____



Paso 4: Servicios disponibles del IFSP

22

Terapia de habla

Terapia
ocupacional

Fisioterapia

Instrucción
especial

Servicios de relevo

Análisis de
Comportamiento
Aplicado (ABA)

Capacitación
familiar, consejería
y visitas
domiciliarias

Transporte

Tecnología de
asistencia

* Esta es una lista parcial.



Paso 5: Inicio de los servicios

23

El coordinador de servicios identificará a los proveedores y organizará los servicios

En un plazo de
30 días

Entorno
Natural

Solo con el
consentimiento
de los padres



Cronología del IFSP

24

45 días

- El IFSP debe completarse dentro de los 45 días de la referencia

30 días

- Los servicios deben comenzar dentro de los 30 días de a la firma del consentimiento

6 Meses

- IFSP revisado cada 6 meses

Un año

- Reevaluado anualmente por el equipo del IFSP

Trivia



El 1 de septiembre, remite a su hija Amanda a Intervención Temprana.

¿Cuándo debe tener una reunión del IFSP?

- a) Antes del 15 de septiembre
- b) Antes del 15 de octubre
- c) Antes del 1 de noviembre
- d) Dentro de un año

Trivia



El 15 de octubre, usted firma el consentimiento para que Amanda reciba servicios.

¿Cuándo deben comenzar los servicios?

- a) Antes del 15 de noviembre
- b) Antes del 30 de noviembre
- c) Antes del 15 de diciembre
- d) Antes del 30 de diciembre



¿Preguntas?





Transición de IT a Educación Especial Preescolar

28

**3er
Cumpleaños**

Fin de la elegibilidad para IT

Debe comenzar la transición al menos 6 meses antes del cumpleaños

Comienza la elegibilidad para la educación especial preescolar



¿Cuándo pueden comenzar los servicios preescolares?

29

Si es elegible:

2 de enero

- Si el niño cumple 3 años entre el 1 de enero y el 30 de junio

1 de julio

- Si el niño cumple 3 años entre el 1 de julio y el 31 de diciembre



Transición de IT: Extendiendo los servicios

30

Si es elegible, puede extender los servicios de IT hasta:

31 de agosto

- Si el niño cumple 3 años entre el 1 de enero y el 31 de agosto

31 de diciembre

- Si el niño cumple 3 años entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre



Transición EI: Elegibilidad para Extender

31

Referir

Evaluar

Antes de
cumplir 3

Programa de
Educación
Individualizado (IEP)

Elegible

Trivia

Carlos recibe servicios de IT.

El cumple 3 años es el 21 de febrero.



Si se determina que es elegible, ¿qué tan temprano puede comenzar Carlos servicios de educación especial preescolar?

- a) 2 de enero
- b) 21 de febrero
- c) 22 de febrero
- d) 1 de julio



Trivia

Carlos recibe servicios de IT.

El cumple 3 años es el 21 de febrero.



Si se determina que es elegible, ¿cuánto tiempo puede Carlos permanecer en Intervención Temprana?

- a) Hasta el 21 de febrero
- b) 30 de junio
- c) 31 de agosto
- d) 31 de diciembre

Trivia

Carlos recibe servicios de IT.

Cumple 3 años el 21 de febrero.



Si se determina que Carlos no es elegible para servicios de educación especial preescolar, ¿cuándo terminarán sus servicios de Intervención Temprana?

- a) 21 de febrero
- b) 28 de febrero
- c) 1 de marzo
- d) 30 de junio



Conozca sus derechos: Repaso

35

Participar en todas las etapas del proceso.

Negarse a dar consentimiento o retirarse en cualquier momento.

Solicitar evaluaciones completas, en todas las áreas de desarrollo.

Elegir la agencia de evaluación y el coordinador de servicios.

Recibir copias de evaluaciones, IFSP y otros documentos en su idioma.

Solicitar nuevas evaluaciones si no está de acuerdo con los hallazgos.

Rechazar cualquier servicio sin perder el derecho a otros servicios.

Confidencialidad

Debido proceso



Conozca sus Derechos: Resolviendo Problemas

36

IT Coordinador de Servicios



Oficinas Regionales

- Bronx:
718-838-6887
- Brooklyn:
718-694-6000
- Manhattan:
212-436-0900
- Queens:
718-553-3954
- Staten Island:
718-568-2300

Asuntos del Consumidor

- Llame al 347-396-6828
- Escriba a ElConsumerAffairs@health.nyc.gov
- Copie a* EarlyIntervention@afcnyc.org



Conozca sus Derechos: Debido Proceso

37





Recursos de AFC

38

Indicadores del
Desarrollo

Guía a
Intervención
Temprana

Guía a Educación
Especial
Preescolar

Folleto de
intervención
temprana

Solicitando
Ingreso a 3-K &
Pre-K

Servicios
Relacionados
Preescolares

Visite Nuestro
Sitio Web!





Otros recursos de Intervención Temprana

39



Recursos
de los
CDC

IT Estatal

NYC IT

Programa
IT.: Guía
para
padres

DOH IT
Grupo
Facebook



Contactos del DOE

40

La transición de la
Intervención Temprana

eitopreschool@schools.nyc.gov

Comité de Educación
Especial Preescolar

[Haga clic para buscar por
región](#)

Programas para la
primera infancia del DOE

Esenrollment@schools.nyc.gov



Advocates for Children of New York

Protecting every child's right to learn

¡Llámenos con preguntas!



Línea de ayuda: 866-427-6033
(sin costo)

Lunes - Jueves, 10am-4pm

info@advocatesforchildren.org



¿Preguntas?

