



Dear CHDP Medical Provider,

MAAC Child Developmental Program is federally funded to provide Early Head Start and Head Start services to income and special need qualified children and families. Head Start Performance Standards require each child to be up-to-date on the EPSDT schedule.

Please take the time to perform **ALL** of the required screenings indicated on the “Well Baby Exam” form. Head Start requires proof of a blood lead level test at 12 and at 24 months of age as indicated on the EPSDT. In the event that the child was not tested at 24 months, a blood lead test is required during this visit.

Your role is very important in helping us to ensure that our children and families receive quality care, education, and services.

Should you have any questions, please feel free to contact me at (760) 471-4210, Ext. 2265.

Sincerely,

*Rebecca Kirkpatrick*

Rebecca Kirkpatrick  
Health and Nutrition Manager



# WELL BABY PHYSICAL

This exam is for Month: (please circle) 1 2 4 6 9 12 15 18 24 30

Due date: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Sex:  Male  Female

Early Head Start Site: \_\_\_\_\_

Exam Date: \_\_\_\_\_ Practice/Clinic Stamp: \_\_\_\_\_

Provider (Please Print): \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Height/Length	Inches	Weight:	lbs	oz	Weight/length or BMI:	Head Circumference:		
Nutritional Assessment: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				Feeding recommendations <input type="checkbox"/> puree <input type="checkbox"/> soft <input type="checkbox"/> table food				
Referrals made:				(under 12 m)				
EXAM	Normal	Abnormal	EXAM	Normal	Abnormal	EXAM	Normal	Abnormal
Skin			Mouth			Abdomen		
Head			Teeth			Genitalia		
Neck			Throat			Developmental		
Lymph Nodes			Chest			Extremities		
Eyes-Strabismus			Lungs			Motor Ability		
Ears			Heart			Speech		
Nose			Back			Behavioral		

Hearing (clinical observation) Grossly Within Normal Limits:  Yes  No

Vision (Clinical observation) Grossly Within Normal Limits:  Yes  No

**Children with Publicly Funded Insurance require Lead blood test at both 12 and 24 months, OR once between 24-72 months**

LABORATORY			COMPLETE RISK ASSESSMENTS			TB MANTOUX TEST & RESULT	
Hgb/Hct results	Age	Date	TB Risk Assessment	<input type="checkbox"/> RISK <input type="checkbox"/> NO RISK		Date Given:	Date Read:
	12 mo		LEAD Assessment	<input type="checkbox"/> RISK <input type="checkbox"/> NO RISK		<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Hematocrit/Hemoglobin Risk Assessment	At Risk	Not at Risk	TOBACCO Assessment	<input type="checkbox"/> RISK <input type="checkbox"/> NO RISK		Chest Xray	
						<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Hematocrit/Hemoglobin Test (if applicable)	Date	Results	DENTAL SCREENING			Rx Date:	
			<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal			
Lead Results	Age	Date	Dental exam recommended at this time			ASTHMA: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	12 mo.		<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no				
	24 mo						

Allergies: \_\_\_\_\_

Please indicate the immunizations received:

Polio  DTaP  Hepatitis B  MMR  Rotovirus  Varicella

Pneum  Hept. A  Influenza  Hib Booster

Comments / Follow up needed / Referrals: \_\_\_\_\_

Received at EHS by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Data entry by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

STAMP HERE:



# DENTAL EXAMINATION FORM

HEAD START CENTER/FCCP: \_\_\_\_\_

Child's Name: (Last, First)	_____
Date of Birth:	_____
Parent's Name	_____

## To be completed by Dental Professional

### Dental Examination

Date of Examination \_\_\_\_\_

Examination:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Cleaning:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
X-rays:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Flouride varnish:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Oral Hygiene Instruction :	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Dental sealants:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

### Dental Treatment Needed

Restorative /Emergency Care

Filling:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Referral Speciality Care	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Crowns:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Date Treatment was received:	_____	
Extractions:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
Emergency Care:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			

### Future Dental Treatment Needed

More appointments needed for treatment?  Yes  No

Next appointment: Date:\_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

### Future Dental Examination Needed

Next recall date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Month/Year)

### Dental Provider's Contact Information and Signature/Official Stamped Signature

Provider's Signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

#### Official Dental Provider's Stamp

Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p>For MAAC Staff Use Only</p> <p>Date Received by MAAC staff</p> <p>____/____/____</p>
---





## CHILD HEALTH AND DISABILITY PREVENTION PROGRAM (CHDP) MEDICAL PROVIDERS & TB SCREENINGS

<b>San Marcos</b>	True Care Health Services San Marcos Health Center	150 Valpreda Road San Marcos, CA 92069	(760) 736-6767
<b>Oceanside</b>	True Care Health Services Oceanside/Carlsbad Health Center	408 Cassidy Oceanside, CA 92054	(760) 757-4566
	Health Services Mission Mesa Pediatrics	2210 Mesa Blvd. Suite 12 Oceanside, CA 92056	(760) 966-3306
	Vista Community Clinic – Pier View	818 Pier View Way Oceanside, CA 92054	(760) 631-5250
<b>Carlsbad</b>	Carlsbad Family Medicine	3350 Madison Street Carlsbad, CA 92008	(760) 720-7766
<b>Vista</b>	Vista Community Clinic	1000 Vale Terrace Vista, CA 92084	(760) 631-5000
	Try-City Community Health Center	161 Thunder Drive #212 Vista, CA 92085	(760) 631-5220
	Primary Care Assoc. Medical Group Inc.	2067 W. Vista Way #180 Vista, CA 92083	(760) 945-3434
<b>Fallbrook</b>	Community Health Systems Inc. Fallbrook Family Health Center	617 E. Alvarado Fallbrook, CA 92028	(760) 728-3816
<b>Pauma Valley</b>	Neighborhood Health Care	16650 HWY 76 Pauma Valley, CA 92061	(760) 742-9919
	Indian Health Council	Hwy S-6 & Golsh Roads P.O. Box 406 Pauma Valley, CA 92061	(760) 749-1410
<b>Valley Center</b>	Leo Charles Craychee, M.D. Valley Center Pediatric Medical Clinic	28714 Valley Center Rd. #L Valley Center, CA 92082	(760) 749-7770
<b>Escondido</b>	Neighborhood Health Care	460 E. Valley Parkway Escondido, CA 92025	(760) 737-2008
	Las Palmas Medical Group	750 E. Grand Ave Suite B/C Escondido, CA 92025	(760) 621-6388

**DENTAL PROVIDERS****ESCONDIDO**

<b>Neighborhood Health Care</b>	425 N. Date Street Escondido, CA 92025	(760) 520-8330 Medi-Cal/CHDP Accepted	<b>Marlene M. Thompson,</b>	988 W. El Norte Parkway Escondido, CA 92026	(760) 740-2595 Medi-Cal Accepted
<b>Dental Sauza</b>	431 W. 13 <sup>th</sup> Ave., Suite C Escondido, CA 92025	(760) 743-9003 Medi-Cal/CHDP Accepted	<b>El Norte Family Dental Vijaya Prabhu, D.D.S.</b>	306 West El Norte Parkway Suites D, E Escondido, CA 92026	(760) 480-5600 Medi-Cal Accepted
<b>Western Dental Center</b>	1468 E. Valley Pkwy Escondido, CA 92027	(760) 480-8700 Medi-Cal Accepted	<b>Stanley Schaeffer</b>	210 S. Broadway Escondido, CA 92025	(760) 747-4411 Medi-Cal/CHDP Accepted
<b>Shahriyar Zandkarimi</b>	240 W. Mission Ave. Ste A & B Escondido, CA 92026	(760) 747-7000 Medi-Cal/CHDP	<b>Kidz Care Dental Group Tahir R. Paul, DDS</b>	625 Citracado Parkway Ste. 208 Escondido, CA 92025	(760) 745-7070 Medi-Cal
<b>Family Care Dental</b>	1114 West Valley Pkwy Escondido, CA 92025	(760) 738-1070 Medi-Cal			

**FALLBROOK**

<b>Bella Dental</b>	855 S. Main Ave., Suite J Fallbrook, CA 92028	(760) 723-8599 Medi-Cal Accepted	<b>Fallbrook Dental Clinic</b>	593 E. Elder Street Fallbrook, CA 92028	(760) 451-2912 Medi-Cal Accepted
---------------------	--	-------------------------------------	--------------------------------	--	--

**CARLSBAD**

<b>Dreamtime Dentistry</b>	3039 Jefferson St. Suite A Carlsbad, CA 92008	(760) 720-0451 Medi-Cal Accepted			
----------------------------	--	-------------------------------------	--	--	--

**OCEANSIDE**

<b>N.C.H.S</b>	2216 South El Camino Real Oceanside, CA 92054	(760) 400-0277 Medi-Cal/CHDP	<b>Buyama Pediatric Dental</b>	101 S. Nevada Street Oceanside, CA 92054	(760) 722-1042 Medi-Cal/CHDP
<b>Western Dental Center</b>	3125 Vista Way # 100 Oceanside, CA 92054	(760) 439-1000 Medi-Cal Accepted	<b>Tri-City Children's Dentistry</b>	3230 Waring Ct., Suite "Q" Oceanside, CA 92056	(760) 724-1102 Medi-Cal Accepted
<b>Mira Costa Dental Group</b>	3502 College Blvd. Ste B. Oceanside, CA	(760) 941-7502 Medi-Cal Accepted			
<b>The Super Dentist</b>	3625 Vista Way Oceanside, CA	(760) 450-2000 Medi-Cal	<b>Kids Smile Pediatric Dentistry Dr. Amin Bagheri, D.D.S</b>	3142 Vista Way Suite 305 Oceanside, CA 92086	(760) 529-9820 Medi-Cal Accepted

**RINCON**

<b>Indian Health Council, Inc.</b>	50100 Golsh Road Valley Center, CA 92082	Medi-Cal Accepted (760) 749-1410	<b>Neighborhood Health Care</b>	16650 Hwy 76 Pauma, CA 92061	(760) 742-9919 Medi-Cal Accepted
------------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

**SAN MARCOS**

<b>N.C.H.S</b>	150 Valpreda Rd. San Marcos, CA 92069	(760) 736-6794 Medi-Cal/CHDP			
<b>Children's Primary Dental Group</b>	555 S. Rancho Santa Fe Rd#101 San Marcos, CA 92078	(760) 510-6750 Medi-Cal Accepted	<b>Smile Builders Children's Dentistry</b>	838 Nordahl Road San Marcos CA 92069	(760) 480-6700 Medi-Cal
<b>Kidmazing Dental</b>	327 S. Rancho Santa Fe Suite G San Marcos, CA 92078	(760) 744-3333 Medi-Cal Accepted			

**VISTA**

<b>Vista Community Clinic</b>	1000 Vale Terrace Vista, CA 92084	(760) 631-5000 Medi-Cal/CHDP Accepted	<b>Smile Care Oral Surgeon</b>	1010 E. Vista Way Ste A, B Vista, CA 92084	(760) 940-8811 Medi-Cal Accepted
<b>Broadway Dental Dr. Martin Hodes</b> 4 years old & up only	203 E. Broadway Vista, CA 92084	(760) 940-6076 Medi-Cal Accepted	<b>Jose &amp; Ruth Drago</b>	951 E. Vista Way Vista, CA 92083	(760) 732-1428 Medi-Cal Accepted



# AUTHORIZATION FOR THE USE AND DISCLOSURE OF INFORMATION

## Community Information Exchange

You are authorizing Infoline of San Diego County, dba Community Information Exchange (CIE) and its Partner Agencies to use, store and share your personal, financial and health information with each other in order to assess your needs, coordinate your care and provide services to you. Partner Agencies participating in the CIE are listed at [www.211sandiego.org](http://www.211sandiego.org).

This Authorization covers, without restriction, all information disclosed and re-disclosed to CIE by you, your family, Partner Agencies including your care team, or any other person involved in your care while this Authorization is in effect. CIE and its Partner Agencies may share your personal, financial and health information. You agree to notify CIE if your information changes or is incorrect. Information disclosed pursuant to this Authorization may be re-disclosed and no longer be protected under applicable privacy laws. However, your information will still be protected under our Participation Agreement with our partners. Your refusal to sign this Authorization will not adversely affect your ability to receive health care or services from Referral Agencies directly.

Notice of Privacy Practices posted at [www.211sandiego.org](http://www.211sandiego.org) explains how CIE uses and protects information, how to get a copy of this Authorization and your record. You can revoke this authorization at any time by sending notice to CIE at [revoke@211sandiego.org](mailto:revoke@211sandiego.org), allowing a minimum of **five business** days to process. Revocation will not affect any information previously disclosed in reliance on this Authorization. Unless revoked earlier, this Authorization will expire in **Ten (10) Years, or on the following Date:**

\_\_\_\_\_.

I authorize for CIE to use and disclose information relating to, Drug/Alcohol/Substance Abuse, Mental Health, and HIV/AIDS.

If you agree, sign your name below:

### CLIENT INFORMATION

Today's Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ User ID \_\_\_\_\_

Client's Full Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Client's Signature: \_\_\_\_\_

Agency Name: \_\_\_\_\_ Family Service Worker: \_\_\_\_\_

I do not consent to the use and disclosure of information for the purposes of the CIE Network. I understand, that I may change my mind at any point, and can request to enroll through my assigned MAAC CDP Family Service staff.



# AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN COMUNITARIA (CIE)

Usted está autorizando un Intercambio de Información Comunitaria (CIE por sus siglas en ingles) y sus Agencias Asociadas, para usar, almacenar y compartir, su información personal, financiera y de salud entre ellas, para poder evaluar sus necesidades, coordinar su cuidado y proporcionarle servicios. Agencias Asociadas que participan en CIE están enumeradas en [www.211sandiego.org](http://www.211sandiego.org)

Esta autorización cubre, sin restricción, toda la información revelada, re-divulgada a CIE por usted, su familia, Agencias Asociadas incluyendo equipo de cuidado, y cualquier otra persona involucrada en su cuidado mientras la Autorización este en efecto. CIE y sus Agencias Asociadas podría compartir su información personal, financiera y de salud. Usted esta de acuerdo en notificar CIE si su información cambia o es incorrecta. La información divulgada de acuerdo con esta Autorización puede divulgarse nuevamente y dejar de se protegida por las leyes de privacidad aplicables. Sin embargo, su información aún estará protegida por nuestro Acuerdo de Participación con nuestros socios. El negarse a firmar esta Autorización no afectara negativamente su capacidad de recibir atención medica o servicios de Agencias de Referencia directa.

El Aviso de practicas de Privacidad publicado en [www.211sandiego.org](http://www.211sandiego.org) explica como CIE usa y protege la información, como obtener una copia de esta autorización y de su registro. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso CIE al correo electrónico [revoke@211sandiego.org](mailto:revoke@211sandiego.org), permita por lo mínimo cinco días hábiles para procesarlo. La revocación no afectara ninguna información divulgada anteriormente en relación con esta Autorización. A menos que se revoque antes, esta Autorización caducara en **diez (10) años, o en la siguiente fecha:** \_\_\_\_\_.

- Autorizo al Intercambio de Información Comunitaria (CIE) y sus socios de referencia, a usar y divulgar información relativa a, Drogas/Alcohol/Abuso de Sustancias, Salud Mental y VIH/SIDA acerca de mi persona.

Si está de acuerdo, firme su nombre a continuación:

## INFORMACION DEL CLIENTE

Fecha de Hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ User ID \_\_\_\_\_  
Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_ Trabajador de Familia: \_\_\_\_\_  
 **No autorizo el uso y divulgacion de informacion autorizo al Intercambio de Información Comunitaria (CIE).**  
Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y solicitar inscribirme a través del trabajador de familia de MAAC CDP.





**PARENT CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION**  
**AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA PROVEER INFORMACIÓN**

**Child:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_  
*Last First MI Month Day Year*

**Program Option:** \_\_\_\_\_ **Telephone Number:** \_\_\_\_\_  
*Home Cell*

**Address:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian:** \_\_\_\_\_

**I authorize:** \_\_\_\_\_  
*NAME OF RELEASING AGENCY*

**To release any:**  **Medical**  **Psychological**  **Educational**  **Requested**  
**child's records on my child- please indicate the item of information requested, (i.e, birth**  
**certificate, health records, income verification, etc.)** \_\_\_\_\_

**To:** \_\_\_\_\_ (Center Name)  
\_\_\_\_\_ (Center Address)  
\_\_\_\_\_ (760) \_\_\_\_\_ (Center Phone Number)

**Requested records will be used for the following purpose(s):**

- To determine eligibility/placement.**
- To individualize program to meet child's needs.**
- Other:** \_\_\_\_\_

I consent to an exchange of information between these two agencies. I understand I will receive a copy of this consent. I have the right to withdraw this authorization at any time.

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Relationship to child:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_ **Witness:** \_\_\_\_\_

***Release valid for one year from date of signature***





Child's Name: (Last, First)	
Date of Birth:	
Parent's Name	

## **Derechos de los Niños con Sospechas de Retrasos o Discapacidades y Derechos y Responsabilidades de sus Familias y el Personal Educativo**

### **Derechos de los Niños:**

- La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, 1990) prohíbe la discriminación contra los niños con discapacidades y aborda la igualdad de acceso a todos los programas de cuidado infantil y educación temprana. Esto incluye programas preescolares financiados con fondos públicos (como Head Start) y cuidado infantil privado (centros u hogares de cuidado infantil familiar).
  - Los programas no pueden crear criterios de elegibilidad que discriminen o excluyan a los niños con discapacidades.
  - Los programas deben hacer ajustes razonables para permitir que los niños con discapacidades tengan acceso y participen en las actividades, servicios y otras oportunidades que ofrece el programa.
- La Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA, 2004) otorga a los niños elegibles el derecho a servicios de intervención temprana (EI) y educación especial para la primera infancia (ECSE). En la medida de lo posible, estos servicios se producen en entornos en los que participan compañeros de la misma edad sin discapacidades, incluidos los entornos comunitarios de atención temprana y educación.

### **Derechos y Responsabilidades de los Padres:**

- La Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) da a los padres el derecho de participar en todas las decisiones tomadas sobre la educación, los apoyos y los servicios de sus hijos.
- IDEA también garantiza garantías procesales que protegen los derechos de los padres y proporcionan un proceso para resolver cualquier disputa sobre los servicios o el programa del niño.
- Los Padres tienen los derechos de:
  - Refiera a su hijo para los servicios de educación especial.
  - Dar su consentimiento antes de que su hijo pueda ser evaluado por primera vez.
  - Participar en reuniones del Plan de Educación Individualizado (IEP) o en el caso de un niño menor de 3 años, un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP).
  - Participe en el desarrollo de IEP de su hijo o IFSP.
  - Sea invitado a todas las juntas que se realicen con respeto a la identificación, evaluación y colocación educativa de su hijo.
  - Obtenga una evaluación independiente.
  - Inspeccione y revise todos los registros educativos de su hijo.
  - Solicitar una reevaluación de su hijo.
  - Recibir una notificación de cualquier intención de cambiar la identificación, evaluación o colocación de su hijo.
  - Solicitar una audiencia de debido proceso para resolver las diferencias con la escuela que no pudieron ser resueltas informalmente.
- Los Padres tienen la responsabilidad de:
  - Desarrollar una relación de colaboración con la escuela o agencia. Ahora es un miembro importante del equipo. Compartir información relevante acerca de la educación de su hijo y el desarrollo. Sus

observaciones y sugerencias pueden ser un recurso valioso para ayudar a que su hijo aceptar un programa de educación especial para su hijo.

- Aprenda todo lo que pueda sobre sus derechos y los derechos de su hijo. Pida a la escuela que explique estos derechos, así como las regulaciones vigentes en su distrito y estado antes de aceptar un programa de educación especial para su hijo.
- Pida aclaraciones sobre cualquier programa especificado en el IEP o IFSP antes de aceptar o firmar.
- Considere cómo su hijo podría ser incluido en el programa regular de actividades escolares.
- Supervise el progreso de su hijo. Si su hijo no está progresando, hable con el maestro y determine si el programa debe ser modificado. Como padre, usted puede iniciar una revisión del programa educativo de su hijo.
- Hable con la escuela o la agencia sobre cualquier problema que pueda ocurrir con la evaluación, colocación o programa educativo de su hijo. Lo mejor es tratar de resolver los problemas directamente con la escuela o agencia. Si eso no es posible, todos los estados tienen agencias de abogacía que pueden proporcionarle la orientación que necesita para continuar con su caso.
- Mantenga registros de todos los IEPs, resúmenes de evaluación, y demás información pertinente puede necesitar al transferir a otra ciudad o estado.

#### **Derechos y Responsabilidades del Personal de Educación:**

- El personal tiene derecho a:
  - Participar en las reuniones del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) y del Programa de Educación Individualizado (IEP) cuando sean invitados por los padres.
  - Consultar con colegas y los padres del niño sobre el desarrollo y el progreso del niño.
  - Con el permiso de los padres, solicite evaluación o reevaluación para determinar si se necesitan ayuda, apoyo y servicios complementarios, o si se necesitan cambios.
  - Solicite que se modifique el IFSP/IEP en conformidad.
  - Recibir apoyo de los administradores y colegas.
- El personal tiene la responsabilidad de:
  - Conozca las fortalezas y necesidades del niño, a través de la comunicación con los padres y revisión del IFSP/IEP del niño
  - Mantener la información sobre la discapacidad del niño y la participación en EI/ECSE confidencial.
  - Colaborar con el personal y los terapeutas de EI/ECSE para asegurar que el niño reciba los servicios y apoyos necesarios.
  - Mantener las líneas abiertas de comunicación con los padres del niño, incluyendo discusiones periódicas sobre el progreso.

He recibido una copia de mis Derechos y las Responsabilidades de los Padres de Niños con Discapacidades.

---

Nombre de los Padres

---

Firma del Padre

---

Fecha:

- **Original colocado en la sección Discapacidades del archivo del niño**
- **Se da copia a los padres/tutores**
- **La copia se sube a Child Plus/DIS sección como un archivo adjunto**



Child's Name: (Last, First)	
Date of Birth:	
Parent's Name	

## **Rights of Children with Suspected Delays or Disabilities and Rights and Responsibilities of their Families, and Education Staff**

### **Children's Rights:**

- The Americans with Disabilities Act (ADA, 1990) prohibits discrimination against children with disabilities and addresses equal access to all early care and education programs. This includes publicly funded preschool programs (such as Head Start) and private child care (centers or family child care homes).
  - Programs cannot create eligibility criteria that discriminate against or screen out children with disabilities.
  - Programs must make reasonable accommodations to allow children with disabilities access to and participation in the activities, services, and other opportunities offered through the program.
- The Individuals with Disabilities Education Act (IDEA, 2004) gives eligible children the right to early intervention (EI) and early childhood special education (ECSE) services. To the maximum extent appropriate, these services occur in settings in which same-age peers without disabilities participate, including community early care and education settings.

### **Parents' Rights and Responsibilities:**

- The individuals with Disabilities Education Act (IDEA) gives parents the right to participate in all decisions made about their child's education, supports, and services.
- IDEA also guarantees procedural safeguards that protect parents' rights and provide a process to resolve any disputes about the child's services or program.
- Parents have the rights to:
  - Refer your child for special education services.
  - Give consent before your child may be evaluated for the first time.
  - Participate in Individualized Education Plan (IEP) meetings or in the case of a child under the age of 3 years old, an Individualized Family Service Plan (IFSP).
  - Participate in the development of your child's IEP or IFSP.
  - Be invited to all meetings held in regard to identification, evaluation and educational placement of your child.
  - Obtain an independent evaluation.
  - Inspect and review all of your child's educational records.
  - Request re-evaluation of your child.
  - Be notified of any intent to change the identification, evaluation or placement of your child.
  - Request a due process hearing to resolve differences with the school that could not be resolved informally.
- Parents have the responsibility to:
  - Develop a partnership with the school or agency. You are now an important member of the team. Share relevant information about your child's education and development. Your observations and suggestions can be a valuable resource to aid your child's agreeing to a special education program for your child.

- Learn as much as you can about your rights and the rights of your child. Ask the school to explain these rights as well as the regulations in effect in your district and state before agreeing to a special education program for your child.
- Ask for clarification on any program specified on the IEP or IFSP before agreeing or signing.
- Consider how your child might be included in the regular school activities program.
- Monitor your child's progress. If your child is not progressing, discuss it with the teacher and determine whether the program should be modified. As a parent, you can initiate a review of your child's educational program.
- Discuss with the school or agency any problems that may occur with your child's assessment, placement, or educational program. It is best to try to solve the problems directly with the school or agency. If that is not possible, all states have advocacy agencies that can provide you with the guidance you need to pursue your case.
- Keep records of all IEPs, evaluation summaries, and other pertinent information you might need when transferring to another town or state.

**Education Staff Rights and Responsibilities:**

- Staff have the right to:
  - Participate in Individualized Family Service Plan (IFSP) and Individualized Education Program (IEP) meetings when invited by the parents.
  - Confer with colleagues and the child's parents about the child's development and progress.
  - With parental permission, request evaluation or re-evaluation to determine if supplementary aids, supports and services are needed, or if changes are needed.
  - Ask for the IFSP/IEP to be amended accordingly.
  - Receive support from administrators and colleagues.
  
- Staff have the responsibility to:
  - Learn about the child's strengths and needs, through communication with parents and review of the child's IFSP/IEP.
  - Keep information about the child's disability and EI/ECSE participation confidential.
  - Collaborate with EI/ECSE staff and therapists to ensure the child is receiving needed services and supports.
  - Maintain open lines of communication with the child's parents, including regular discussions on progress.

I have received a copy of my Rights and Responsibilities of Parents of Children with Disabilities.

\_\_\_\_\_

Print Parent's Name

\_\_\_\_\_

Parent's Signature

\_\_\_\_\_

Date

- **Original placed in Disabilities section of child's file**
- **Copy is given to parent/guardian**
- **Copy is uploaded into Child Plus/DIS Sect. as an attachment**