

# Plan de Preparación Familiar : Anexo de Discapacidad de Menores de Edad

**Crear un plan separado por cada menor de edad con una discapacidad.**

**Apellido de la familia:**

---

**Nombre completo del/de los parente(s) o tutor(es)**

**Nombre del niño/a:**

---

**Nombre de la persona designada como tutor legal:**

## Información del IEP del menor

1. Escuela, Distrito, Maestro/a, Año escolar:

---

Dirección de la Escuela y Número de Teléfono:

---

Correo electrónico del/de la/el maestro/a:

---

Discapacidad(es) que califican:

2. ¿IEP o plan 504 Plan? **Nota:** Adjunte una copia al folder/carpeta del plan de preparación



3. Nombre del administrador de caso, correo electronico y numero de telefono:

---

4. ¿El IEP del niño/a incluye transporte escolar?

- SI
- NO

*Si el niño/a tiene transporte escolar incluido en su IEP la persona designada de cuidado del menor debe llamar o enviar un correo electrónico al administrador de caso o/y a las escuela lo más antes posible. Esto será para poder cambiar el lugar donde recogen y entregan al niño/a, para que reflejen la residencia del cuidador. La transportación de IEP es típicamente de puerta a puerta.*

Favor de proveer la información del contacto responsable de realizar cambios en el transporte:

---

## Instrucciones y Lista de Preparación

- Complete la Declaración Jurada de Autorización del Cuidador y adjúntela al plan. Favor de incluirla en el folder/carpeta de preparación y dar el documento original a la persona designada como cuidador(a).
- Formulario de Declaración Jurada de Autorización del Cuidador:  
<https://oia.lacounty.gov/wp-content/uploads/2025/08/Caregiver-Affidavit-Form-Spanish.pdf>
- Cree una carpeta del IEP y mantenerla actualizada con todos los documentos vigentes.
- Para obtener el expediente completo de educación especial del niño/a, envíe una solicitud de registros FERPA por correo electrónico solicitando el expediente *educativo acumulativo* (use estas palabras es su solicitud) completo a la oficina de educación especial y al/la director/a de la escuela.
- Organice estos archivos en una carpeta y actualícela cada vez que haya un IEP nuevo o enmiendas al IEP. Incluya copias imprimidas.
- El cuidador designado ha sido informado de la ubicación de la carpeta del IEP.
- Cree un archivo secundario en formato electrónico utilizando una plataforma para compartir documentos, como Google Drive. Cree una carpeta compartida con el cuidador designado y con usted mismo(a) para que ambos tengan acceso en línea a los registros en caso de que la carpeta física no esté disponible para alguno de los dos por cualquier motivo.



- Invite a su cuidador(a) designado(a) a las reuniones del IEP en adelante. Esto ayudará a que esa persona esté familiarizada con su visión para su hijo(a), el progreso de su hijo(a) y con el proceso y el equipo del IEP. Es mejor que esa persona forme parte del equipo antes de tener que asumir repentinamente el rol de cuidador(a).
- Escriba una carta detallada (o haga una grabación de audio) dirigida a su cuidador(a) designado(a) en la que describa su visión futura para su hijo(a). Incluya cómo debería verse la independencia para su hijo(a), qué desea para él/ella en el ámbito académico y social, y cualquier otro aspecto que considere importante para que esa persona pueda tomar decisiones en su nombre para su hijo(a) de la manera en que usted lo haría.

## Servicios y Apoyos Adicionales:

### Centro Regional - (Regional Center) - (Solo para California)

*\*Si usted se encuentra en un estado que cuenta con un programa similar, pero con un nombre diferente, simplemente edite o adapte esta sección para indicar el nombre correcto de dicho programa en su estado.*

¿Es el menor de edad cliente del Centro Regional?

- Si
- No

Nombre del Centro Regional:

---

Nombre del trabajador(a), correo electrónico y teléfono:

---

¿El menor recibe servicios activos del Centro Regional (por ejemplo: relevo/respite, clases de habilidades sociales, actividades financiadas)?

- No
- Si.

Si la respuesta es sí, describa los servicios:

---



Si recibe servicios de relevo (Respite Care), proporcione el nombre e información de contacto del trabajador(a):

---

### IHSS (Servicios de Apoyo en el Hogar – CA y CO únicamente)

*\*Si vive en un estado con un programa similar (por ejemplo, CDPAP en Nueva York o CCP en Illinois), adapte esta sección según corresponda*

¿El menor recibe IHSS?

- Si
- No

Si la respuesta es sí

Proveedor(a) de servicios IHSS e información de contacto (indique si es “padre/madre proveedor(a)”:)

---

Nombre e información de contacto del administrador(a) de caso IHSS:

---

Horas mensuales aprobadas de IHSS:

---

Información de acceso en línea a la cuenta de IHSS:

(Usuario/Username):

Contraseña:

### Terapias Externas

¿El menor recibe servicios fuera de la escuela (terapia del habla, ocupacional, física, grupos sociales, etc.)?

- Si
- No

Si la respuesta fue “sí”, liste proveedores e información de contacto:

---

---

---

## Información Específica para Adultos con Discapacidad (22 años o más)

**Favor de no llenar esta sección si le es aplicable**

¿Tiene tutela o curatela legal (conservatorship)?

- Si  
 No

Si la respuesta es sí:

Nombre del tutor(a)/curador(a) legal:

---

Adjunte copia de los documentos judiciales.

### Información del Programa Durante El Dia (Adultos)

Si su hijo(a) es adulto(a) y asiste a un programa diurno especializado, complete esta sección. Si no, omita esta sección.

Nombre e información de contacto del programa:

---

Dirección:

---

Días y horarios:

---

Información adicional:

---



---

---

---

## Información Médica

Liste todos los diagnósticos médicos de su hijo(a):

---

Seguro médico (tipo, número de identificación y adjuntar copia (o foto) de tarjeta):

---

¿Tiene cobertura de Medi-Cal/Medicaid?

- Si
- No

Si no, ¿tiene algún otro tipo de aseguranza?

- 
- No

Número de identificación de Aseguranza:

---

Información de contacto del Médico primario:

---

Enumere todos los especialistas médicos, su especialidad (por ejemplo: psiquiatra, neurólogo, oncólogo) y su información de contacto:

---

---

---



Enumere todos los medicamentos de su hijo(a). Incluya la dosis, la hora del día en que se administra cada medicamento y los efectos secundarios o señales a las que se debe prestar atención:

---

---

---

Enumere todas las restricciones dietéticas (por ejemplo: lácteos, gluten, carne, nueces) e incluya cualquier requisito sobre la consistencia de los alimentos (por ejemplo: alimentos blandos, dieta líquida, alimentación por sonda G-tube):

---

---

---

Enumere todas las alergias, incluyendo alimentarias, a medicamentos y ambientales:

---

---

---

## Información Importante Adicional

Liste y describa las preferencias de su hijo(a), como sus programas de televisión favoritos, comidas favoritas (y las que no le gustan), animales favoritos, juegos, música/canciones, preferencias de ropa, colores favoritos, etc. Incluya cualquier otra preferencia que considere importante que otras personas sepan:

---

---

---



\_\_\_\_\_

---

Liste las actividades favoritas de su hijo(a), como columpiarse, montar a caballo, nadar, cantar, bailar, etc.:

---

---

---

Si su hijo(a) tiene necesidades sensoriales, por favor enumérelas. Por ejemplo: no tolera etiquetas en la ropa, necesita acceso a un trampolín, usa mantas con peso para presión, utiliza objetos sensoriales (fidgets), tiene una fuerte aversión a ciertos olores, ruidos o luces brillantes, etc.:

---

---

---

Si su hijo(a) tiene objetos preferidos (por ejemplo, una manta, un peluche o un libro), por favor enumérelos y describa dónde el cuidador puede encontrarlos:

---

---

---

#### Información Financiera y Bancaria

Enumere todas y cada una de las cuentas bancarias que tenga su hijo(a) o que usted tenga para su hijo(a). Indique el nombre del banco, la sucursal y el número de cuenta:

---

---

---

Recibe SSI?

- Si
- No

Si la respuesta es sí, adjunte documentación con este plan familiar.

## Contactos de familiares, amigos y defensores:

Incluya los nombres y la información de contacto de todas las personas importantes en la vida de su hijo(a), como abuelos(as), tíos(as), mentores(as), vecinos(as) especiales o amigos(as) de la familia:

---

---

---

---

---

---

¿Su hijo(a) tiene un(a) defensor(a) educativo(a) o un(a) abogado(a) especializado(a) en educación?

- Si
  - No

Si la respuesta es sí, proporcione su nombre y su información de contacto:

---

Digitized by srujanika@gmail.com

Si su hijo(a) tiene un(a) defensor(a) o un(a) abogado(a) para sus necesidades educativas, asegúrese de notificarle que usted cuenta con un Plan de Preparación Familiar y proporcíonele una copia del plan.



Creado por: *Strategic Education Advocacy*, Celeste Winders - Defensora Educativa - no Abogada [strategiceducationadvocacy.com](http://strategiceducationadvocacy.com) Favor de remover los créditos del autor.

## Lista de documentos adjuntos:

Enumere todos los archivos y documentos adjuntos a los que hace referencia este plan y que están incluidos con el plan: