
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 padre(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 electrónico y número de teléfono:

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 la 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 impresas.
- ☐ 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 Día (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:

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 proporciónale una copia del plan.



Lista de documentos adjuntos:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.