

Transición de Intervención Temprana

Coordinador/a de Servicios (Información de Contacto)

Nombre: (Nombre, Apellido)		
Teléfono:		Correo Electrónico:

Contacto de Distrito Escolar/BOCES*

Nombre: (Nombre, Apellido)		
Teléfono:		Correo Electrónico:

Su Coordinador/a de Servicios (SC**) trabajará con usted en un plan de transición para asegurar que su hijo/a reciba apoyos y servicios basados en sus necesidades después de que termine Intervención Temprana
Intervención Temprana termina por el tercer cumpleaños de su hijo/a

