

**Ventura County Early Start Program**  
*Programa de Servicios de Intervención Temprana del Condado de Ventura*

**TRANSITION PLAN**  
*PLAN DE TRANSICION*

This form is used to facilitate discussion of each child's unique needs and to review options for services that may be necessary and appropriate when the child turns age three. *Esta forma es utilizada para facilitar información acerca de las necesidades individuales de cada niño y para discutir opciones de servicios que sean necesarias y apropiadas cuando el niño(a) cumpla tres años de edad.*

Date/Fecha: _____		DOB/FDN: _____		UCI #: _____		SSN#: _____			
Child's Name/Nombre del Niño: _____						<input type="checkbox"/> Male/Masculino		<input type="checkbox"/> Female/Femenino	
Address/Domicilio: _____									
Parent/Guardian/Surrogate/Padres/Guardian/Padre de Crianza: _____									
Home Phone/Telefono del hogar: _____				Work Phone/Telefono de trabajo: _____					
Home Language/Lenguaje de la familia: _____				School District/Distrito Escolar: _____					
Service Coordinator/Agency/Coordinadora de Servicios: _____				Phone/Telefono: _____					
Transition booklet provided/Folleto de transición proveído: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No									
Date of Initial IFSP/Fecha de IFS Inicial: _____									
<input type="checkbox"/> Parent declined school district attendance/Padre rechazo la asistencia del distrito escolar									

1. Current Early Start services, including provider/Servicios de Comienzo Temprano actuales, incluyendo el proveedor. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
2. Child's strengths/Fortalezas del niño: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. Areas of concern related to transition and where skills are needed (home, community, daycare/preschool)/Areas de preocupación relacionadas con la transición y habilidades necesarias (hogar, comunidad, guardería, preescola): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. Family's plans for age three services/activities/Planes familiares para servicios/actividades de tres años. Address any anticipated gaps in service (summer vacation, family trips)/Identifique cualquier intervalo anticipado en servicios (vacaciones de verano, viajes familiares): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Special health care needs (medications, equipment, vision and hearing)/Necesidades medicas (medicamentos, equipo medico, vision y audición): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. Program options discussed/Opciones de programas discutidas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Eligibility for age three services (Elegibilidad para servicios después de los tres años):

Does the family want assessment for public school special education eligibility at age 3?  Yes  No

(¿La familia quiere evaluación por medio de la escuela pública para elegibilidad de servicios especiales?  Sí  No)

School District of Residence (Distrito escolar en su área residencial): \_\_\_\_\_

Referral to district made today (Referencia al distrito hecha hoy)  Referral to be sent to district no later than: \_\_\_\_\_ (Referencia debe ser enviada al distrito antes de)

Potential Areas of Assessment (Áreas potenciales para evaluar): \_\_\_\_\_

School District Contact Person (Contacto del distrito escolar): \_\_\_\_\_

Phone (Teléfono): \_\_\_\_\_ Email (Correo electrónico): \_\_\_\_\_

Individualized Education Program (IEP) team meeting to be held by: \_\_\_\_\_

(La reunión del Plan Individualizado de Educación (IEP) será)

Please invite my Early Start Service Coordinator to the IEP meeting. (Por favor de invitar a mi coordinadora de servicios a la junta del IEP)

Service Coordinator's Email (Correo electrónico de mi coordinadora): \_\_\_\_\_

Additional follow-up steps (if any. i.e. other data to be gathered, immunization records, medical records, appointments, etc.) Adicionales medidas de seguimiento (si algo. e.j. otra información que tiene que ser documentada, registro de vacunas, expediente médico, citas, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Does the family want assessment for Regional Center eligibility at age 3?  Yes  No

(¿La familia quiere evaluación para elegibilidad de servicios por el Centro Regional después de los 3 años?  Sí  No)

Areas of Assessment (Áreas de evaluación): \_\_\_\_\_

Who will contact parent (Quién se pondrá en contacto con los padres): \_\_\_\_\_

Phone (Teléfono): \_\_\_\_\_ By When (Antes de): \_\_\_\_\_

Individual Program Plan (IPP) meeting to be held by (La reunión del Plan Individualizado del Programa (IPP) será): \_\_\_\_\_

Additional follow-up steps (if any. i.e. other data to be gathered, immunization records, medical records, appointments, etc.) Adicionales medidas de seguimiento (si algo. e.j. otra información que tiene que ser documentada, registro de vacunas, expediente médico, citas, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Referral to Multidisciplinary, Multiagency Team Assessment (MMTA)  Yes  No

(Referencia al Equipo Multidisciplinario, Evaluación por Varias Agencias (MMTA)  Sí  No)

9. General notes (Notas generales): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Agreement to proceed (Acuerdo para proceder):

- I have participated in developing this Transition Plan (He participado en el desarrollo de este Plan de Transición)
- I agree with the steps outlined in this plan (Estoy de acuerdo con los pasos descritos en este plan)
- I give my permission for the individuals and agencies indicated to carry out the plan with me (Doy mi permiso al personal y agencias indicadas para que sigan adelante con este plan conmigo.)
- I give permission for the schools and Regional Center to share information and assessments that are needed to determine eligibility of my child at age 3 (Doy permiso al las escuelas y al Centro Regional para que compartan información y evaluaciones que sean necesarias para determinar la elegibilidad de mi niño/a a la edad de 3 años.)

11. Signed (Firma):

Parent/Guardian/Surrogate Parent(s) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_  
(Padres/Guardián, Padres de Crianza)

Regional Center Service Coordinator (Coordinadora de Servicios del Centro Regional): \_\_\_\_\_

School District Representative (Representante del Distrito Escolar): \_\_\_\_\_

Title/Agency (Título/Agencia): \_\_\_\_\_

- Present (Presente)       Participated via telephone (Participo por teléfono)

Participant (Participante): \_\_\_\_\_ Title/Agency (Título/Agencia): \_\_\_\_\_

<b>Family would like a referral to Rainbow Connection Family Resource Center</b> (La familia gustaría una referencia al Centro de Conexión de Recursos Familiares)	<input type="checkbox"/> Yes (Si)	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------------	-----------------------------