

Hacer una remisión a AzEIP

¿Suena familiar?

- Su niño(a) no está caminando a los 15 meses de edad.
- Su niño(a) no utiliza palabras y tiene 2 años.
- Niño(a) no juega bien con otros niños.
- Niño(a) no se alimenta a si mismo y tiene 18 meses de edad.
- El niño(a) tiene problemas de audición.
- Niño(a) tiene problemas haciendo contacto visual conmigo cuando hablo con él/ella.

Si usted tiene preocupaciones sobre el desarrollo de un niño(a) puede hacer una solicitud en línea en [https://egov.azdes.gov/ azeip/AzeipREF/Forms/Categories.aspx](https://egov.azdes.gov/azeip/AzeipREF/Forms/Categories.aspx) con este Programa de Intervención Temprana de Arizona puede recibir un análisis de problemas del desarrollo o evaluación para determinar si el niño(a) puede ser elegible para recibir los servicios de intervención temprana. El niño(a) **debe** tener 36 meses o menos de edad. Se enviará un mensaje de correo electrónico a la persona de referencia con el nombre e información de contacto del proveedor AzEIP que completará el desarrollo de la exploración o evaluación.

O póngase en contacto con Raising Special Kids directamente para hacer una remisión:

- **Teléfono:** 602-635-9799
- **Teléfono:** 602-635-9810 Bilingüe
- **Teléfono:** Fuera de los Condados de Maricopa: 1-888-592-0140
- **E-mail:** AzEIP.Info@raisingspecialkids.org
- **Fax:** 602-357 1978

Una vez recibida, si la fuente de referencia no es el padre no se proporcionará más información sin el consentimiento escrito del los padres.



En la remisión por favor incluya:

- Los nombres de los padres, e información de contacto.
- El nombre del niño(a) y fecha de nacimiento.
- Motivo de la remisión, las áreas de preocupación

después de la remisión, la fuente de referencia debe estar preparado para :

- Presentar, con el consentimiento de los padres, cualquiera de los protocolos de proyección, las evaluaciones realizadas, o documentos médicos que apoyan la determinación de la elegibilidad para el asignado contratador de AzEIP;
- Cualquier información actualizada del contacto de los padres; y
- Ayudar al contratista AzEIP asignado con la conexión con el padre.

¿Qué es AzEIP?

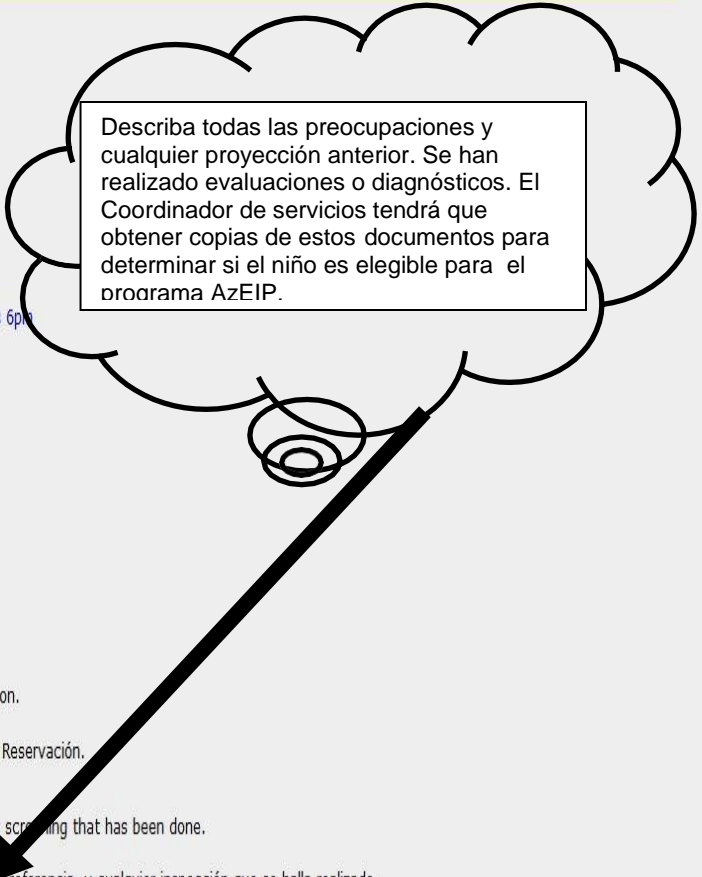
AzEIP es un esfuerzo colectivo de las agencias participantes, los programas privados y públicos, y los miembros de la Comunidad involucrados en la presentación de servicios y apoyos a las familias y a los niños con necesidades especiales.

Child's Information: Información del Niño(a):

*Child's First Name: Primer Nombre del Niño(a): *Child's Last Name: M.I.:
*Apellido del Niño(a): Inicial:
Child's Date of Birth: Fecha de Nacimiento del Niño(a): Example: 08/27/2001
Ejemplo: 08/27/2001
*Child's Zip Code: Código Postal del Niño(a): Zip Code Unknown
Código Postal Desconocido
Child's County: País del Niño(a):
Language of Child's Family: Idioma de la Familia del Niño(a)

Child's Parent/Caregiver Contact Information: Información del Padre/Guardián del Niño(a):

Parent/Caregiver Name: Nombre del Padre/Guardián:
Home Phone: Example: (602) 123-1234
Teléfono de Hogar: Ejemplo: (602) 123-1234
Work Phone: Teléfono del Trabajo: Ext:
Message Phone: Teléfono para dejar Mensaje: Ext:
Best Time to Contact: Mejor Tiempo para Llamar: Example: Mon-Fri, after 6pm
Ejemplo: Lun-Vier, después de las 6pm
Language Spoken: Idioma que se Habla:
Email Address: Correo Electrónico:
Street Address: Dirección de Domicilio:
City: Ciudad:
State: Estado:
Zip: Código Postal:



Check this box if this child is a Native American and lives on a Reservation.

Seleccione esta caja si este niño(a) es un Nativo Americano y vive en una Reservación.

In the box below, briefly describe concerns or reasons for referral, and any screening that has been done.

En la caja de abajo, describa brevemente preocupaciones o razones para la referencia, y cualquier inspección que se halla realizado.

Concerns:
Preocupaciones:

Next|Siguiente

I understand a representative of AzEIP will be contacting the child's family about early childhood intervention services.
Comprendo que un representante de AzEIP se pondrá en contacto con la familia del niño(a) acerca de los servicios de intervención de infancia.
 The child's family is aware that I am making this referral. | La familia del niño(a) está enterada que estoy haciendo esta referencia.
 The child's family is not aware that I am making this referral. | La familia del niño(a) no está enterada que estoy haciendo esta referencia.

Submit|Someter