ARIZONA EARLY INTERVENTION PROGRAM
FOR INFANTS AND TODDLERS

Program Name

(Date)

(Name)
(Address)
(Address)

Estimado(a) _____:

Le agradecemos su interés en determinar si su hijo(a) califica para participar en el Programa de Intervención Temprana de Arizona. Esta carta es para informarle que, basados en las conversaciones con su familia, una revisión del historial, la opinión clínica informada y el examen y/o evaluación realizado, se ha determinado que su hijo, [child's name] no es elegible para servicios de intervención a través del Programa de Intervención Temprana de Arizona.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión y considera que su hijo(a) sí califica para recibir servicios de intervención temprana, puede utilizar cualquiera de los medios que se describen en el Folleto de Garantías y Derechos Procesales de la Familia para la resolución de controversias, cuya copia debe haber recibido anteriormente. Sírvase informarme si desea obtener otra copia de este Folleto. Además, puede encontrar esta información en la página de Internet de DES/AzEIP en la dirección: http://www.azdes.gov/azeip/.

En caso de necesitar ayuda al respecto, sírvase llamarme al (telephone number).

Atentamente,

(Name of Service/Support Coordinator)
[Address and telephone number]