



7000 Austin Street, Suite 200 • Forest Hills, NY 11375 • Tel 718.762.7633 • Fax 718.886.8694

PERSONAL EN NECESIDAD DE SUPERVISION

Fecha:

Para: **OFICIAL DESIGNADO DE INTERVENCION TEMPARANA
Coordinador(a) de Servicios**

De: Proveedor/Agencia: **Achieve Beyond**

Re: [] CFY-Clinical Fellowship Year [] COTA-Occupational Therapist Ass't

Esto es para notificarle que un individuo completando su CFY o COTA esta proveyendo servicios de intervencion temprana bajo la supervision de un personal apropiado y cualificado.

Nombre del niño(a): _____

Número de Identificación del niño(a) #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del: (CFY, COTA): _____

Responsabilidades: **Proveer servicios terapéuticos**

Nombre del Supervisor: _____

Disciplina: SLP OTR

Número de Licencia: _____

Frecuencia de Observaciones: **cuantas sean requeridas o necesarias**

Supervisión: **Revisar los Registros de Notas y Reportes de Progreso, observación/video directo, observación (con consentimiento por escrito del padre), entrenamiento semanales.**

Yo autorizo a Bilinguals Inc. a intercambiar los archivos del Programa de Intervención Temprana (evaluaciones, Plan de Servicios Individualizados para la Familia, notas de sesiones, y notas de progreso) al supervisor mencionado arriba para el propósito de supervisión del terapeuta y para asegurar la calidad de servicios a mi niño(a).

Firma de Padre/Encargado: _____ Fecha: ____/____/____