

**PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA, CIUDAD DE NUEVA YORK
PADRE SUPLENTE DESIGNADO POR EL PADRE**

RE: Nombre del niño(a) (Apellido, Nombre):		
# de EI:	Fecha de Nacimiento:	/ /

Yo, _____ soy la/el
(Nombre Completo en Separado)

madre/padre biológica(o) o adoptiva(o) y legal del (de la) niño(a) arriba mencionado(a). Yo reconozco no poder participar en el procedimiento de evaluación y tratamiento del Programa de Intervención Temprana de la ciudad de NY.

Entiendo que:

- Yo puedo voluntariamente asignar a otra persona adecuada para actuar por mí como padre suplente (substituto). Esta es una persona la cual tal vez tomara decisiones sobre los servicios de Intervención Temprana (EI) mientras yo me encuentre indisponible.
- Esta persona **no debe** ser un empleado de la agencia que provee servicios para mi hijo(a).
- Yo entiendo que yo puedo retirar o cambiar esta designación en cualquier momento.

Por esto designo a: _____
(Nombre Completo de la Persona Designada) (Relación)

Dirección de la Persona Designada: _____ # de Apt.: _____

Número de Teléfono de la Persona Designada: Casa (_____) _____

Trabajo: (_____) _____

Celular: (_____) _____

(Firma del (de la) Padre/Madre) Fecha: ____/____/____

**** Marque lo que aplique:**

Esta forma fue completada por: _____
(Firma y Titulo)

El nombre del padre designado fue proveído por el padre durante una conversación telefónica con un miembro del personal de EI o con el (la) trabajador(a) de caso en la agencia de adopción (FCC). Por lo tanto, la firma del padre no pudo ser obtenida.